

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOSEANA WENDLING WITHERS

O IMPACTO DE UM PROCEDIMENTO DE DANÇA HIP HOP NA QUALIDADE DE
VIDA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
PARALISIA CEREBRAL

CURITIBA
2014

JOSEANA WENDLING WITHERS

O IMPACTO DE UM PROCEDIMENTO DE DANÇA HIP HOP NA QUALIDADE DE
VIDA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
PARALISIA CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Neurologia Pediátrica - Fisioterapia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Co-orientadora: Dr^a. Marise Bueno Zonta

CURITIBA
2014

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR - BIBLIOTECA DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA JORDÃO CRB9/991 COM OS
DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR**

Withers, Joseana Wendling

O impacto de um procedimento de dança *Hip Hop* na qualidade de vida e na participação social de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral. / Joseana Wendling Withers. -- Curitiba, 2014.

140 f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Coorientadora: Dr^a. Marise Bueno Zonta

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Paralisia Cerebral. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Qualidade de Vida. 5. Dança.
I. Santos, Lúcia Helena Coutinho dos. II. Título.

NLM WS 342

Parecer

A banca examinadora, instituída pelo colegiado do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

Joseana Wendling Withers,

em relação ao seu trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado:

“O IMPACTO DE UM PROCEDIMENTO DE DANÇA HIP HOP NA QUALIDADE DE VIDA E NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL”

é de parecer favorável à *Aprovação* da acadêmica, habilitando-a ao título de *Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente*,
Área de concentração em *Neurologia Pediátrica - Fisioterapia*.

Curitiba, 24 de setembro de 2014.

L. Santos
Professora Lúcia Helena Coutinho dos Santos
UFPR, Orientadora e Presidente da Banca Examinadora.

Suzane S. Löhner
Professora Suzane Schmidlin Löhner
UFPR, Primeira Examinadora.

Andrea Lúcia Sérgio Bertoldi
Professora Andrea Lúcia Sérgio Bertoldi
UNESPAR, Segunda Examinadora.

Mônica Nunes Lima Cat
Professora Mônica Nunes Lima Cat
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação -
Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente

Dedico este trabalho às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, em especial aos que corajosamente se deixaram tocar pela arte da dança ao participarem deste estudo, e tornaram nossos olhares científicos, além de zelosos, curiosos e responsáveis, admiradores de suas surpreendentes capacidades para expressar arte, felicidade e grandes ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter a oportunidade de me envolver com os estudos, contribuir para a reflexão sobre novos desafios e perspectivas, construir aprendizados, no âmbito pessoal e profissional, e de compartilhá-los com pessoas especialmente solícitas e comprometidas com o conhecimento voltado para o bem-estar dos seres.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Coutinho dos Santos, por seu acolhimento, incentivo e confiança, ao compartilhar seu amplo conhecimento e experiências e possibilitar que as ideias e hipóteses apresentadas se convertessem em propostas para a compreensão de novas realidades. Por sua orientação incondicional, sábia e generosa, a cada etapa deste estudo. Pelos ensinamentos, no convívio e na distância, os quais certamente se manterão presentes em meu caminho.

Agradeço à co-orientadora Dr.^a Marise Bueno Zonta por aceitar, tão pronta e generosamente, compartilhar sua sabedoria e seu tempo, em conversas esclarecedoras e ensinamentos fundamentais para que meus achados, argumentos e conclusões compusessem esse trabalho.

À Márcia Olandoski, pelas precisas análises estatísticas, as quais possibilitaram o entendimento desse experimento, tornando as hipóteses em verdades e saber.

Aos fisioterapeutas Larissa Bitar Neves Teixeira e Romano Rodrigues Teixeira Junior pelo coleguismo e incentivo ao compartilhar suas experiências profissionais e ao prestar apoio no encaminhamento dos pacientes e nas atividades práticas durante o estudo.

À psicóloga Sandra Muzzolon pelas contribuições nas análises referentes ao questionário CBCL.

Às famílias das crianças e adolescentes que aceitaram participar deste estudo, por confiarem na proposta oferecida, envolverem-se de maneira tão enriquecedora e permitirem a utilização dos dados para a realização desse trabalho.

À equipe multidisciplinar do CENEP por todos os serviços e conhecimentos compartilhados. À Neuropsicóloga Ana Paula de Pereira e à Terapeuta Ocupacional Marilene Puppi pela supervisão das alunas bolsistas que participaram das atividades concomitantes do Projeto Dança e Movimento. Às alunas bolsistas da UFPR, Krícia Fernandes, Luciana Scape e Paloma Hohmann, pelo interesse e envolvimento no trabalho realizado em atenção às crianças e adolescentes encaminhadas para este estudo e suas famílias.

Às alunas de iniciação científica Ana, Camila e Cristiana que participaram da aplicação dos questionários, imprescindível para obtenção dos dados utilizados neste estudo.

Aos queridos voluntários que disponibilizaram seu tempo e seu talento para execução das necessidades técnicas no decorrer das práticas artísticas: Ana Paula Rodovanski, Henriqueta Duarte, Joyce Jansen, Juliane Cavalli, Juliane Fuganti, Katiana Withers Porto, Marcelly Baka, Ricardo Machuca, Rodrigo Telles e Vanessa Rocha.

À Fundação Cultural de Curitiba pela concessão do Teatro Londrina e à Associação Franciscana Senhor Bom Jesus pela disponibilização dos serviços necessários à apresentação artística das crianças e adolescentes; e ao Laboratório Allergan® e à Porto Camargo Engenharia® pelo apoio financeiro ao evento.

À Prof.^a Monica Nunes Lima Cat e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR por todos os ensinamentos recebidos durante o período de grande aprendizado ofertado pelo programa. À equipe multidisciplinar do Departamento de Pediatria do HC, por toda a troca de conhecimento, à secretária Clara e aos colegas e amigos que durante este período compartilharam experiências em meio a tantas expectativas e superações.

Aos queridos pacientes e colegas de trabalho, por compreenderem minhas necessidades e apoiarem meu envolvimento nas atividades acadêmicas reconhecendo a importância e o benefício dessa dedicação.

Aos meus queridos amigos por todo apoio e colaboração oferecidos nas diferentes etapas de execução do estudo, pela compreensão nos momentos de reclusão e pela torcida constante.

À minha amada família pelo respeito e incentivo incondicionais às minhas escolhas, mesmo que representassem minha ausência em muitos momentos. Pelo envolvimento diante das necessidades surgidas durante a realização das práticas do estudo. Em especial à minha mãe, amiga e parceira, Prof.^a Katia Suzana Wendling, que acompanhou com muito amor e companheirismo todo o período de desenvolvimento desse trabalho, prestando constante auxílio em inúmeros momentos do estudo.

À minha preciosa avozinha, Glacy Correa Wendling, que me deu o exemplo de amor, força, determinação e honestidade para que eu vencesse todas as etapas dessa caminhada. Sua companhia e também compreensão em meus momentos de ausência, dedicação aos estudos e exaustão me comovem e se explicam ao longo destas páginas. Tenho certeza de que ainda está me apoiando e incentivando, em plenitude de espírito, onde estiver!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Introdução: A Paralisia Cerebral (PC) é a causa mais comum de incapacidade motora que restringe a participação social de crianças e adolescentes comprometendo sua qualidade de vida (QV) e perfil emocional e biopsicossocial. A participação em significativas atividades de lazer contribui para a saúde física e mental, para as relações sociais e pode melhorar a QV de crianças e adolescentes com PC.

Objetivos: Avaliar a QV e o perfil emocional e biopsicossocial de crianças e adolescentes com PC submetidos à prática de dança e a relação destes com os fatores e dados demográficos em comparação ao grupo controle.

Casuística e Métodos: Foram aplicados os questionários "*Avaliação de Resultados de Reabilitação em Pediatria*" (IARRP) e "*Child Behavior Checklist*" (CBCL) em 18 crianças e adolescentes com PC hemiplégica e diplégica espástica, classificados nos níveis I e II do sistema de classificação da função motora grossa (SCFMG), sendo 9 do grupo de estudo submetidos à prática de dança e 9 do grupo controle. No grupo de estudo os instrumentos de avaliação foram aplicados antes e depois de frequência mínima de três meses da prática de dança. A aplicação dos questionários no grupo controle ocorreu em dois momentos, em período semelhante ao realizado com o grupo de estudo. As características quanto à participação, concentração, segurança e aptidão dos participantes foram observadas e, para cada uma, foram elaboradas pela pesquisadora graduações a fim de avaliar a associação dessas características às mudanças referentes aos itens dos questionários IARRP e CBCL.

Resultados: Considerando-se para análise desse estudo o valor de significância estatística de $p \leq 0,05$, observa-se no grupo de estudo melhora significativa em 17 itens dos questionários aplicados, comparado a três do grupo controle. O maior número de aulas de dança frequentadas esteve associado ao maior ganho na dimensão Transferência e Mobilidade do IARRP. A maior frequência de participação em meses na prática de dança esteve associada ao maior ganho na dimensão Transferência e Mobilidade do IARRP, e nas escalas Atividades e Social do CBCL. A menor idade esteve relacionada à maior redução dos escores em: Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Total de Problemas do CBCL. A maior redução dos escores na síndrome Isolamento de Depressão e em Problemas Afetivos do CBCL esteve relacionada com as características observadas de menor Concentração, Segurança, Aptidão, Participação e Tempo de treino em casa dos participantes. O maior ganho na escala Competência Social do CBCL esteve relacionado com a característica observada de menor Participação. A maior redução dos escores em Problemas de Ansiedade esteve relacionada com o maior tempo de treino em casa. Não se observou diferença em relação ao sexo com a QV ou com o perfil emocional e biopsicossocial. A realização da apresentação de dança ao público consolidou as evidências dos avanços no desempenho físico, artístico, emocional e social dos participantes desse estudo. O estudo realizado permitiu o desenvolvimento do projeto de extensão "Dança e Movimento" do Programa Semeando Inclusão Social da UFPR e posteriormente a criação do "Instituto Guerreiros de Arte-Reabilitação", atualmente ativo.

Conclusão: A prática adaptada da modalidade de dança Hip Hop proporcionou melhora em aspectos da QV e do perfil biopsicossocial nesta amostra, especialmente na dimensão transferência e mobilidade do IARRP e nas escalas Atividades e Social do CBCL.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral, Criança, Adolescente, Qualidade de Vida, Dança.

ABSTRACT

Introduction: Cerebral Palsy (CP) is the most common cause of chronic disability that restricts the social participation of children and adolescents compromising their quality of life (QoL) and emotional and bio-psychosocial profiles. The participation in significant leisure activities contributes for the physical and mental health, for the social relations and may improve the quality of life (QoL) of children and adolescents with CP. **Objectives:** To evaluate the quality of life and the bio-psychosocial profile of children and adolescents with CP submitted to dance practice and their relation with factors and demographic data compared to control group. **Casuistry and Methods:** Questionnaires "Evaluation of Rehabilitation in Pediatric Results" adapted from "Pediatric Outcomes data Collection Instrument" (PODCI) and "Child Behavior Checklist" (CBCL) have been applied in 18 children and adolescents with hemiplegic and spastic diplegic CP, classified in levels I and II of the gross motor function classification system, GMFCS, being 9 from study group submitted to dance practice and 9 from control group. In study group the evaluation tools were applied before and after the minimum frequency of three months in dance practice. The application of questionnaires in control group happened during two moments, in a similar period to the one performed with study group. The characteristics of participation, concentration, safety and aptitude of the participants were observed and, for each one of them, the researcher elaborated grades in order to evaluate the association of those characteristics with the changes that have happened in items of PODCI and CBCL questionnaires. **Results:** Considering, for analyzing this study, the statistical significance level of $p < 0.05$, a significant improvement in study group on 17 items from the applied questionnaires has been observed, compared to three of control group. The greater number of dance classes attended was associated with the greater gain in the Transfer and Mobility dimension of PODCI and in Activities and Social scales of CBCL. The smaller age was related with the greater reduction of scores in: Internalizing problems, Externalizing Problems and Total Problems of CBCL. The greater reduction of scores in Isolation of Depression and in Affective Problems of CBL was related with the lower Concentration, Safety, Aptitude, Participation and Time of Training at the home of participants. The larger gain in the Social Competence scale of CBCL was related with the observed characteristic of lower Participation. The larger reduction of scores in Anxiety Problems was related with the larger Time of Training at home. There was no relation of gender with quality of life or with the bio-psychosocial profile. The dance presentation performed for the public consolidated the evidences of advancements in physical, artistic, emotional and social performance of participants in this study. The study allowed the development of the extension project "Dance and Movement" from the program "Seeding Social Inclusion" of UFPR and then, the creation of the "Institute Fighters of Art-Rehabilitation", currently active. **Conclusion:** The practice of dance performed by adapted Hip Hop classes propitiated improvement in aspects of Quality of Life and Bio-psychosocial Profile in this sample, especially in the Transfer and Mobility dimension of PODCI and in Social scales of CBCL.

Key-words: Cerebral Palsy, Child, Adolescent, Quality of Life, Dance.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - MUDANÇA DE ESCORES DAS DIMENSÕES DO IARRP NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESPERADO PARA NORMALIDADE NO GRUPO DE ESTUDO.....	99
GRÁFICO 2 - MUDANÇA DE ESCORES DAS DIMENSÕES DO IARRP NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESPERADO PARA NORMALIDADE NO GRUPO CONTROLE	99
ESCALAS DO CBCL NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO DE ESTUDO.....	100
GRÁFICO 4 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DAS ESCALAS DO CBCL NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO CONTROLE	101
GRÁFICO 5 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DAS SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO DE ESTUDO.....	101
GRÁFICO 6 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DAS SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO CONTROLE.....	102

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDO EM RELAÇÃO AO SEXO, RAÇA, ESCOLARIDADE, CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA	84
TABELA 2 -	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDO EM RELAÇÃO À IDADE, RENDA <i>PER CAPITA</i> , INTERVALO ENTRE OS QUESTIONÁRIOS E AULAS REALIZADAS.....	84
TABELA 3 -	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO CONTROLE EM RELAÇÃO AO SEXO, RAÇA, ESCOLARIDADE, CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA	85
TABELA 4 -	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO CONTROLE EM RELAÇÃO À IDADE, RENDA <i>PER CAPITA</i> , TEMPO ENTRE APLICAÇÃO DOS QUESTIONARIOS IARRP E CBCL EM MESES.....	86
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O SEXO.....	86
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE	86
TABELA 7 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RENDA <i>PER CAPITA</i>	87
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RAÇA	87
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA	87
TABELA 10 -	COMPARAÇÃO DO TEMPO EM ESES ENTRE E APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS IARRP E CBCL NO GRUPO DE ESTUDO E CONTROLE	88
TABELA 11 -	COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA ENTRE O GRUPO DE ESTUDO E CONTROLE...	88
TABELA 12 -	COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO ACORDO COM A ESCOLARIDADE	88
TABELA 13 -	COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS OBTIDOS NO IARRP.....	91

TABELA 14 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS COMPETÊNCIAS DO CBCL	92
TABELA 15 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO À LISTA DE SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL	93
TABELA 16 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO À LISTA DE SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL	94
TABELA 17 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AOS OUTROS PROBLEMAS DO CBCL	95
TABELA 18 - MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO CONTROLE E NO GRUPO DE ESTUDO NOS ITENS DO IARRP.....	96
TABELA 19 - MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO GRUPO DE ESTUDO NOS ITENS DO CBCL	97
TABELA 20 - MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO GRUPO CONTROLE NOS ITENS DO CBCL	98
TABELA 21 - CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PRÁTICA DE DANÇA E O NÚMERO DE AULAS FREQUENTADAS E O GANHO NAS DIMENSÕES TRANSFERÊNCIA E MOBILIDADE BÁSICA E FUNÇÃO FÍSICA E ESPORTIVA	103
TABELA 22 - CORRELAÇÃO ENTRE A IDADE DOS PARTICIPANTES E O GANHO NOS ITENS PROBLEMAS INTERNALIZANTES, PROBLEMAS EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS	103
TABELA 23 - CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PRÁTICA DE DANÇA EM MESES E A DIFERENÇA NAS ESCALAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIA SOCIAL DO CBCL	104
TABELA 24 - CORRELAÇÃO ENTRE O ENSINO E A DIFERENÇA NA ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS DO CBCL.....	104
TABELA 25 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTABELECIDAS E A DIFERENÇA NAS SÍNDROMES ISOLAMENTO/DEPRESSÃO, PROBLEMAS AFETIVOS, SOCIAL E PROBLEMAS DE ANSIEDADE DO CBCL.....	105

LISTA DE SIGLAS

AD	- Aula de Dança
ADM	- <i>Assessment Data Manager</i>
AEP	- Ambulatório de Espasticidade em Pediatria
AP	- Apresentação ao Público
APACDM	- Associação de pais e amigos da criança com deficiência motora
ASEBA	- <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>
AVDs	- Atividades de Vida Diária
B. BOY	- Dançarino de <i>Breaking</i>
B. GIRL	- Dançarina de <i>Breaking</i>
CBCL	- <i>Child Behavior Check List</i>
CENEP	- Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas
CIDA	- <i>American Dance Therapy Association</i>
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade
GC	- Grupo Controle
DJ	- <i>Disc Jokey</i>
DMT	- <i>Dance Movement Therapy</i>
GE	- Grupo de Estudo
GFS	- Função Global e Sintomas do IARRP
GMFM	- Escala de Medição da Função Motora Grossa
HAPP	- Dimensão Felicidade do IARRP
H0	- Hipótese Nula
H1	- Hipótese Alternativa
IARRP	- Instrumento para Avaliação de Resultados de Reabilitação em Pediatria
M1	- Primeiro momento de aplicação dos instrumentos de avaliação
M2	- Segundo momento de aplicação dos instrumentos de avaliação
MC	- Mestre de Cerimonias
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PC	- Paralisia Cerebral
PCE	- Paralisia Cerebral Espástica
PCDE	- Paralisia Cerebral Diplégica Espástica
PCHE	- Paralisia Cerebral Hemiplégica Espástica
PODCI	- <i>Pediatric Outcomes Data Collection Instrument</i>
PD	- Prática de Dança
QV	- Qualidade de Vida
RAP	- <i>Rhythm and Poetry</i>
SCFMG	- Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
SPF	- Dimensão Esportes e Função Física do IARRP
TBM	- Dimensão Transferência e Mobilidade Básica do IARRP
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UEP	- Dimensão Extremidade Superior e Função Física do IARRP

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 OBJETIVOS.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 PARALISIA CEREBRAL.....	20
2.2 FUNCIONALIDADE E PARTICIPAÇÃO.....	23
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	26
2.4 FATORES BIOPSISSOCIAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	34
2.5 DANÇA E REABILITAÇÃO.....	40
2.5.1 Arte-Terapia.....	48
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	51
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	51
3.3 CASUÍSTICA.....	51
3.4 GRUPO DE ESTUDO.....	52
3.4.1 Critérios de inclusão.....	52
3.4.2 Critérios de exclusão.....	52
3.5 GRUPO CONTROLE.....	53
3.5.1 Critérios de inclusão.....	53
3.5.2 Critérios de exclusão.....	53
3.6 HIPÓTESE E INTERVENÇÃO.....	54
3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	54
3.7.1 Variáveis dependentes.....	54
3.7.2 Variáveis independentes.....	55
3.7.3 Variáveis intervenientes.....	56
3.8 MÉTODO.....	56
3.8.1 Dados de identificação.....	56
3.8.2 Avaliação da qualidade de vida.....	56
3.8.3 Avaliação de perfil emocional e biopsicossocial.....	57
3.8.4 Prática de dança.....	59
3.8.5 Atribuição de fatores e escores.....	79
3.8.6 Materiais utilizados.....	80
3.9 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	81
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	81
3.11 ÉTICA EM PESQUISA.....	82
4 RESULTADOS.....	83
4.1 AMOSTRA INICIAL.....	83
4.2 COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS.....	83
4.2.1 Grupo de estudo.....	83

4.2.2 Grupo controle.....	85
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS	86
4.3.1 Comparação entre os grupos em relação aos dados gerais	86
4.3.2 Comparação entre os grupos nos dois momentos de avaliação do estudo em relação aos resultados obtidos no IARRP e no CBCL.....	89
4.3.3 Comparação isolada dos grupos em relação ao resultados obtidos no IARRP e no CBCL nos dois momentos do estudo	96
4.3.4 Comparação entre a mudança de classificação dos escores do IARRP e do CBCL no grupo estudo e no grupo controle	98
4.4 ASSOCIAÇÃO DOS RESULTADOS DO GRUPO ESTUDO OBTIDOS NO IARRP E NO CBCL COM AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NO GE.....	102
4.4.1 Correlação das variáveis independentes ao IARRP.....	102
4.4.2 Correlação das variáveis independentes ao CBCL.....	103
4.5 SEGUIMENTO ATUAL.....	105
5 DISCUSSÃO.....	107
6 CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS	129
ANEXOS	140

1 INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma desordem motora, causada por uma alteração persistente na postura e no tônus muscular, resultante de uma lesão não progressiva no cérebro imaturo (ROSEMBAUM, 2007). Essas limitações fazem da PC a causa mais comum de incapacidade motora, a qual restringe a participação social de crianças e adolescentes comprometendo sua qualidade de vida (QV) e o perfil emocional e biopsicossocial (LIPTAK; ACCARDO, 2004; VARGUS-ADAMS, 2005; ROSENBAUM *et al.*, 2007). Os fatores ambientais que cercam a vida desses indivíduos também influem determinantemente na função física, emocional e social desenvolvida. Estudos vêm demonstrando que a restrição na participação social está mais associada com os menores índices de QV do que o nível de comprometimento funcional do indivíduo (BJORNSEN *et al.*, 2008; TSOI *et al.*, 2012; KNOWLES *et al.*, 2014). Atualmente os tratamentos de reabilitação oferecem assistência multidisciplinar para atender as inúmeras necessidades impostas pelas comorbidades provocadas pela PC e estendem o olhar para a QV dessas crianças e adolescentes. Instrumentos têm sido desenvolvidos para mensurar o impacto da PC na QV e no perfil emocional e biopsicossocial dos indivíduos acometidos e são utilizados como ferramentas sensíveis para avaliar o efeito das intervenções ao detectar as mudanças ao longo do tempo. A classificação internacional de funcionalidade (CIF), atualizada em 2008, compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (LIPTAK; ACCARDO, 2004; FARIAS; BUCHALIA, 2005; BADLEY, 2008). Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a deficiência está relacionada à restrição da participação plena do indivíduo na sociedade, de forma igualitária, e recomenda que os programas de reabilitação, além de proporcionarem a máxima independência possível, incluam como objetivo viabilizar a participação do indivíduo em todas as áreas da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O consenso da OMS, aliado às constatações de que atividades prazerosas de lazer proporcionam melhora significativa na QV de pessoas com deficiência, ressalta a necessidade de oferecer à população de crianças e adolescentes com PC atividades que promovam uma interação efetiva na sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

As experiências são frutos da interação de corpos (aparato motor e perceptual, capacidades mentais, fluxo emocional, etc..) com o ambiente (por meio das ações de se mover, manipular objetos, comer, etc.) e com outras pessoas, inseridas em uma cultura e fora dela (em termos sociais, políticos, econômicos e religiosos). Nessa perspectiva, o ato de dançar, em termos gerais, estabelece relações testadas pelo corpo em um determinado contexto e gera simultaneamente novas possibilidades de movimento e conceituação em face dos elementos presentes (GREINER, 2005).

As relações entre corpo e ambiente dão-se por processos co-evolutivos, que produzem uma rede de pré-disposições perceptuais, motoras, emocionais e de aprendizado (GREINER, 2005). Observa-se que estudos sobre a dança identificam claramente os produtos que são gerados nas relações do corpo com o ambiente. Segundo Santos e Fracisquetti (2008), a dança é, para a criança, uma comunicação significativa consigo mesma; a seleção de aspectos de seu meio, com os quais ela se identifica; e a organização de um novo significado. A arte torna-se importante para seus processos de pensamento, para seu desenvolvimento perceptual e emocional, para sua crescente conscientização social e para seu desenvolvimento criador.

A prática da dança, na medida em que promove um trabalho corporal e psicomotor complexo, contempla igualmente os elementos que vão ao encontro dos fatores identificados como sendo importantes para promover a funcionalidade, como: participação efetiva em atividades prazerosas, motivação, socialização e bem-estar. Sendo assim, essa atividade torna-se uma opção na busca por alternativas consistentes para o aumento da QV e da integração social de jovens com PC (BRACCIALLI, 1998; MURPHY *et al.*, 2010; DOS SANTOS; BRAGA, 2010; PALISANO *et al.*, 2011).

Evidências observadas pela autora deste estudo de que as técnicas de dança utilizadas na modalidade Hip Hop podem aliar-se aos fundamentos motores aplicados a crianças e adolescentes com PC levaram à escolha dessa modalidade para o desenvolvimento do estudo. As evidências consideradas consistem em elementos característicos do gênero, como a metodologia aplicada às aulas, técnicas corporais, ritmo musical e o vestuário, os quais favorecem o aprendizado motor, além de fatores sociais, comportamentais e emocionais que são contemplados por meio do trabalho em grupo, da análise histórico-cultural do gênero e do reconhecimento das habilidades e capacidades artísticas.

1.1 OBJETIVOS:

1. Avaliar a qualidade de vida e o perfil emocional e biopsicossocial de crianças e adolescentes com PC submetidos à prática de dança Hip Hop (grupo de estudo) em relação ao grupo controle.
2. Avaliar a relação dos fatores e dados demográficos aos itens de qualidade de vida e perfil emocional biopsicossocial identificados pelos instrumentos IARRP e CBCL.
3. Avaliar a participação social de crianças e adolescentes com PC submetidas à prática de dança Hip Hop.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PARALISIA CEREBRAL

Diferentes estudos vêm constatando o grande impacto da Paralisia Cerebral (PC) na realidade diária de crianças e adolescentes. Os autores têm relacionado aspectos do espectro das deficiências do sistema nervoso central presentes na PC com a presença de sintomas negativos em diferentes áreas da vida (MSALL; PARK, 2008; TSOI *et al.*, 2012).

A paralisia cerebral (PC) é definida por Rosenbaum *et al.* (2007) como um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, as quais são atribuídas a alterações não progressivas no cérebro em desenvolvimento do feto ou lactente. As desordens motoras da PC podem estar frequentemente acompanhadas de distúrbios sensoriais e comprometimentos da percepção, cognição, comunicação, comportamento, sendo também observadas desordens epiléticas e problemas musculoesqueléticos.

A PC é a causa mais comum de incapacidade crônica que restringe a participação de crianças e adolescentes em atividades de vida diária e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida desses jovens (LIPTAK; ACCARDO, 2004; VARGUS-ADAMS, 2005; ROSENBAUM *et al.*, 2007).

A etiologia da PC é multifatorial e geralmente não é estabelecida, pois há dificuldade de se precisar a causa e o momento exato da lesão. No entanto, compreende aspectos pré-natais (malformações do sistema nervoso central, infecções congênitas e quadros de hipóxia); peri-natais (anóxia peri-natal) e pós-natais (meningites, infecções, lesões traumáticas e tumorais) (GREENWOOD *et al.*, 2005; ROSENBAUM *et al.*, 2007).

Na maioria das vezes a PC é reconhecida entre os primeiros 12 e 18 meses de vida, quando a criança falha em alcançar os marcos de desenvolvimento motor ou quando apresenta diferença na qualidade dos movimentos (ROSENBAUM, 2003). O diagnóstico é realizado por meio da avaliação clínica e, tanto para fins clínicos como para pesquisa, tem sido classificado de acordo com a natureza da desordem do desenvolvimento (espasticidade, ataxia, distonia e atetose), segundo a distribuição

topográfica das anormalidades e com base nos exames de imagens. Desde o diagnóstico, a criança com PC e a família passam por avaliações e intervenções multidisciplinares que podem se estender por longos períodos, uma vez que a lesão cerebral é permanente, embora de natureza não progressiva (ROSENBAUM, 2003; ROSENBAUM *et al.*, 2007).

O nível de acometimento do indivíduo com PC e as necessidades assistenciais dependerão de inúmeros fatores biopsicossociais (LIPTAK; ACCARDO, 2004). O prejuízo musculoesquelético em crianças e adolescentes com PC é um fator biológico importante, pois norteia a família para uma investigação diagnóstica, classifica quanto ao tipo de comprometimento e constitui uma das limitações que mais comprometem a participação social dessa população (BECKUNG; HAGBERG, 2002; LIVINGSTON *et al.*, 2007; MAJNEMER *et al.*, 2007). Esse prejuízo caracteriza-se por uma disfunção predominantemente sensório-motora, com alterações do tônus muscular, da postura e da movimentação voluntária e involuntária. Entre os tipos de alterações de tônus, a forma espástica é a mais frequente, sendo caracterizada por hipertonia muscular associada à persistência de reflexos posturais primitivos, que altera os padrões de movimento e todo o organograma de aprendizagem e aquisição motora (ROSENBAUM *et al.*, 2007; GARÇÃO, 2011).

A distribuição da espasticidade no corpo da criança é um fator determinante para a classificação da topografia na PC. Considera-se hemiplegia, se a perna e o braço, ambos do mesmo lado do corpo, forem envolvidos; diplegia, se o predomínio for nas pernas e os braços forem mais poupados; triplegia ou dupla-hemiplegia, se os quatro membros forem envolvidos de forma assimétrica; e quadriplegia, se os quatro membros forem envolvidos simetricamente (ROSENBAUM *et al.*, 2007).

Até recentemente o grau de acometimento motor na PC era descrito com termos subjetivos, como leve, moderado e grave. O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (SCFMG) foi desenvolvido em resposta à necessidade de padronizar um sistema para mensurar a gravidade da incapacidade em crianças com PC (PALISANO *et al.*, 1997). O SCFMG foi amplamente aceito tão logo publicado, pois propiciou uma linguagem única entre os profissionais que atuam nessa população e uma forma prática, rápida e objetiva de classificar a função motora grossa. Abrange crianças com todos os tipos de PC e descreve a função motora em relação à capacidade para iniciar o movimento, enfatizando particularmente o sentar (controle de tronco) e o andar (ZONTA, 2009; CAMARGO *et al.*, 2009). O SCFMG é um sistema

ordinal, concebido com base no conceito de incapacidade e limitação funcional (PALISANO *et al.*, 1997), que gradua de I a V a necessidade de assistência, sendo que o nível I representa o maior grau de independência. A distinção entre os níveis de função motora é realizada com base nas limitações funcionais; na necessidade de tecnologia assistida, incluindo aparelhos auxiliares de locomoção (tais como andadores, muletas e bengalas) e cadeira de rodas; e, em menor grau, de acordo com a qualidade de movimento. Esse Sistema é amplamente utilizado em pesquisas e na prática clínica. Desde o seu desenvolvimento, tem sido explorada também a sua relação com medidas da marcha, gasto de energia, participação e qualidade de vida da população com PC (ZONTA, 2009; ZONTA *et al.*, 2013).

A classificação da função motora grossa permitiu a construção de curvas considerando a evolução motora desses indivíduos. As Curvas de Desenvolvimento Motor para Paralisia Cerebral publicadas por Rosenbaum *et al.* (2002) descrevem a evolução motora da criança com PC, no decorrer do tempo, nos cinco níveis do SCFMG. Foram desenvolvidas com o objetivo de prever a história natural do desenvolvimento motor na PC e de serem utilizadas como normas de referência para o seguimento após intervenções. As cinco curvas foram criadas pela observação da trajetória do escore obtido na Escala de Medição da Função Motora Grossa (GMFM) em cada um dos níveis funcionais. Essas Curvas permitem visualizar a evolução motora, o ponto máximo de aquisição de habilidades em cada um dos níveis do SCFMG e também se há tendência à perda funcional com o passar do tempo. Mesmo que a causa da anormalidade na PC seja permanente e não progressiva, há evidências de que as manifestações clínicas e a gravidade da incapacidade funcional comumente mudam com o tempo. Com base nas Curvas de Desenvolvimento Motor, Hanna *et al.* (2009) avaliaram 657 crianças e adolescentes com PC entre 2 e 21 anos de idade e investigaram a perda funcional no adulto jovem com PC. Não foram observadas evidências de declínio em crianças com níveis I e II no SCFMG. No entanto, para os demais níveis foram estimados os picos da idade em que se inicia o declínio: 4 anos e 7 meses para o nível III; 7 anos e 8 meses para o nível IV e 6 anos e 4 meses para o nível V, sendo esses declínios clinicamente significativos. As crianças classificadas nos níveis I e II apresentaram resultado semelhante em relação à idade em que conseguem adquirir o ponto máximo de aquisição das habilidades (limite de 90% do esperado no desenvolvimento motor) e também em relação à idade em que estabilizam o desenvolvimento adquirido (Figura 1).

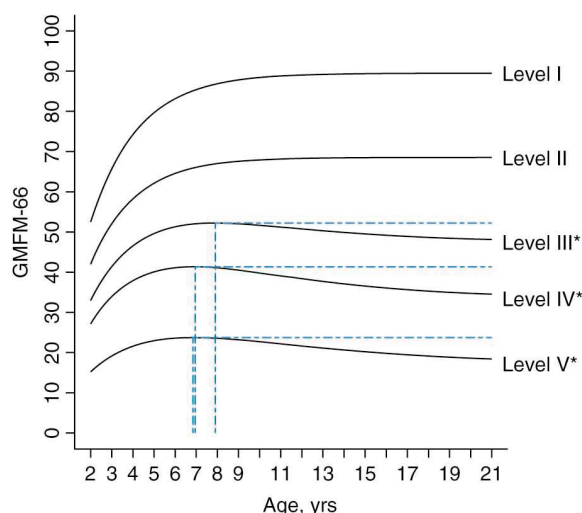


FIGURA 1 - ESCORES MOTORES PREVISTOS PELA MENSURAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA (GMFM- 66) EM FUNÇÃO DA IDADE DE ACORDO COM O NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA DE NÍVEL (GMFCS).

NOTA: *GMFCS níveis com pico média significativa e declínio. As linhas tracejadas ilustram idade e pontuação no pico do GMFM- 66.

FONTE: HANNA, *et al.* (2009).

Beckung e Hagberg (2002) concluíram, em seu estudo, que a função motora e a dificuldade de aprendizagem foram importantes preditores de restrições de participação social em crianças com PC. No intuito de oferecer à criança e ao adolescente com PC a capacitação máxima para a vida em sociedade, os tratamentos multidisciplinares em reabilitação vêm desenvolvendo ferramentas para o aumento da funcionalidade e, consequentemente, da independência desses jovens (GARVEY *et al.*, 2007; GARÇÃO, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

2.2 FUNCIONALIDADE E PARTICIPAÇÃO

Na população de crianças e adolescentes com PC a incapacidade funcional é uma realidade e esse termo vem sendo definido como prejuízo não apenas na função física, mas também na função emocional e social (JETTE; CLEARY, 1987). A classificação internacional de funcionalidade (CIF), atualizada em 2008, compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e

fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (LIPTAK; ACCARDO, 2004; FARIAS; BUCHALIA, 2005; BADLEY, 2008). O Preâmbulo da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD -- reconhece que a deficiência é “um conceito em evolução” e realça que: “A deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, pg.3).

Nas últimas décadas, tanto pessoas com deficiência, quanto inúmeros pesquisadores das ciências sociais e da saúde, têm identificado o papel das barreiras físicas e sociais para a deficiência. Atualmente ocorre uma transição por meio da qual a estrutura do “modelo médico” é repensada com base na ideia de que as pessoas são vistas como deficientes não em decorrência de uma condição corporal diferenciada, mas sim pelo fato de a sociedade não apresentar uma estrutura adequada às necessidades dos indivíduos de forma igualitária. Segundo Shakespeare (2002) citado por Fauconnier *et al.*, (2009), o indivíduo raramente apresentará mudanças, ao passo que o ambiente, lenta, mas seguramente é possível que se altere. A Organização Mundial de Saúde compreende que a perspectiva individual abordada no modelo médico é indissociável da perspectiva estrutural do “modelo social” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Estudos recentes identificam que a assistência à população com deficiência deve ter como objetivo garantir bons resultados imediatos no controle das disfunções físicas e, em longo prazo, coordenar serviços de atenção social, educacional, reabilitação e promoção da funcionalidade e da participação (BRACCIALLI, 1998; MSALL; PARK, 2008). Estudos confirmam a posição da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), segundo a qual:

“medidas apropriadas de reabilitação devem permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011 pg. 99).

A participação é definida como o envolvimento do indivíduo em situações de vida, resultantes da sua interação com o meio ambiente social e físico, diferentemente da realização de uma tarefa ou ato, a que se atribui o conceito de atividade. A participação pode ser influenciada pela deficiência do indivíduo e pelas consequentes

limitações na atividade, e ainda, segundo o conceito atual de deficiência (OMS), pelos fatores contextuais, ambientais e pessoais. Esses fatores podem ser determinantes para a Qualidade de Vida (BADLEY, 2008; COLVER, DICKINSON, 2010), considerada atualmente como subjetiva e definida pela OMS como a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo Chen *et al.* (2013), conseguir uma mensuração exata da qualidade de vida tem sido o objetivo mais importante no tratamento da criança e adolescente com PC. Assim como os conceitos de deficiência e reabilitação vêm apresentando mudanças, a mensuração dos resultados em reabilitação também acompanha esse processo. Os resultados quantitativos em reabilitação são identificados por meio de alterações na funcionalidade do indivíduo ao longo do tempo, atribuíveis a uma medida isolada ou a um conjunto de medidas. Tradicionalmente, os resultados em reabilitação enfocavam o grau de deficiência do indivíduo. Mais recentemente, a medida desses resultados foi ampliada para incluir progressos na atividade e na participação do indivíduo. Na atualidade, a medida dos resultados de atividade e participação avalia o desempenho do indivíduo frente a diversas áreas, dentre as quais a comunicação, mobilidade, autocuidados, educação, trabalho, emprego e qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) (Figura 2).

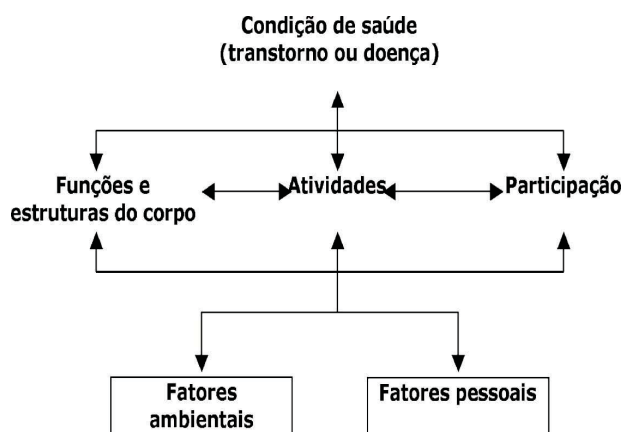


FIGURA 2 - INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF. ADAPTAÇÃO: OMS (2003)

FONTE: FARIAS; BUCHALIA, (2005)

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Preocupados com o desenvolvimento psicológico, social e o bem-estar do paciente, pesquisadores ampliaram a definição de evolução clínica com o objetivo de avaliar os efeitos na saúde e nas intervenções sociais. Foram desenvolvidos instrumento de avaliação, inicialmente de interesse entre psicólogos e psiquiatras. Posteriormente, adaptações e criações foram realizadas para o estudo em diferentes populações e intervenções. Embora o alívio dos sintomas continuasse sendo o objetivo principal dos esforços em tratamentos de saúde, foram incluídos outros parâmetros menos conhecidos referentes à evolução ou regressão clínica (GLADIS *et al.*, 1999). A abordagem em atenção aos sintomas baseava-se em uma noção ultrapassada sobre saúde. Em 1948 a OMS definiu saúde como “um estado de integridade física, mental, social e de bem-estar, e não apenas de ausência de doença”. Com base nessa definição surgiram ideias filosóficas a respeito de “saúde mental” e a busca por definir o “bem-estar”, considerando-se esse termo subjetivo e não uma condição médica objetiva. A avaliação nesse contexto contou também com a perspectiva do paciente sobre si mesmo e fortaleceu a necessidade de relacioná-la com os sintomas para compor uma avaliação integral do estado de saúde. Contudo, a dificuldade na interpretação dos posicionamentos subjetivos mostrou a necessidade de definições sobre qualidade de vida (FERRANS, 1990). Segundo o autor, as definições que seriam úteis em cuidados de saúde poderiam ser agrupadas em diferentes categorias: 1. Vida normal, 2. Felicidade/satisfação, 3. Realização de objetivos pessoais, 4. Utilidade social e 5. Capacidade natural. Porém, foram encontradas dificuldades na definição desses grupos, como a capacidade de viver uma vida “normal”, semelhante à de pessoas saudáveis ou típicas. Embora haja meio de comparar desempenho e quantidade, referentes, por exemplo, a horas de trabalho, número de relações sexuais e tempo de vida, a “normalidade” depende de vários critérios. De acordo com Avorn (1984), pode-se avaliar o impacto de um tratamento, mas definir sobre o que seria um parâmetro normal depende também de concepções individuais. O autor destacou que a condição de deficiência pode ser considerada, por uma determinada pessoa, um motivo para a vida não valer a pena; ao passo que essa mesma condição pode ser considerada, por uma outra pessoa, como pouco mais que um incômodo.

Em relação ao segundo grupo, a felicidade geralmente é associada com o grau de satisfação do indivíduo. Campbell (1976) verificou que esses termos, embora estejam intimamente relacionados, não são sinônimos e podem ser até antagônicos. Segundo o autor, a felicidade diminui com a idade, ao contrário da satisfação que aumenta com o tempo de vida. Ele justificou com o argumento de que a felicidade surge a curto prazo, advinda de sentimentos positivos, e que a satisfação implica uma experiência cognitiva a longo prazo, como resultado de um julgamento sobre condições de vida. Assim, afirmou o autor que a satisfação seria mais representativa em relação à qualidade de vida e desenvolveu um índice de bem-estar para medir o nível de satisfação com a vida em geral.

O *Ferrans and Power's Quality of Life Index-Cancer Version* (FERRANS; POWERS; KASCH, 1987) foi um instrumento desenvolvido para pacientes com câncer. Em sua experiência, Ferrans, Powers e Kash (1987) perceberam que utilizar medidas de qualidade de vida com base em definições de felicidade ou satisfação também dependia das percepções dos pacientes e essa dificuldade se agravava quando os indivíduos eram incapazes de se comunicar verbalmente. Os autores consideraram ainda que a terceira categoria constitui-se de desejos e objetivos de vida individuais, que se relacionam com a categoria satisfação e felicidade. O foco principal é a realização dos objetivos de vida, os quais propiciam uma sensação de satisfação, quando alcançados, ou de insatisfação quando ocorre o fracasso. Neugarten, Havighurst e Tobin (1961) desenvolveram um instrumento de medidas de satisfação com a vida, o qual incluía a realização de objetivos pessoais como um dos cinco componentes do *Life Satisfaction Rating* (LSR) e *Life Satisfaction Index* (LSI-A). A ênfase principal foi a congruência entre os objetivos desejados e os alcançados, definida como “a medida em que define ou expressa como a pessoa se sente ao alcançar seus objetivos de vida, quaisquer que sejam esses objetivos, os quais ela considera importante (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961).

Definições de utilidade social incluem também o cumprimento de papéis socialmente valorizados, como: ser avô, professor ou cidadão capaz de contribuir para a economia nacional por meio de um emprego remunerado, por exemplo. Essas definições são comumente usadas para a tomada de decisões sobre políticas de atendimento à saúde, em que as considerações econômicas são proeminentes. Edlund e Tancredi (1985) apontaram que o comportamento socialmente útil tem uma vasta gama de significados possíveis. Podem ocorrer, inclusive, preconceitos por trás

de critérios aparentemente benignos, como adotar a medição de qualidade de vida por rendimentos no trabalho e haver o preconceito contra as donas de casa e aposentados. Haveria, então, uma dificuldade em relação a que critérios usar (AVORN, 1984).

A categoria capacidade natural corresponderia essencialmente à capacidade física e mental atual do indivíduo ou o potencial para alcançá-la. Seria tipicamente usada para definir a respeito de se tentar salvar a vida de um paciente ou permitir que ele morra. A definição dessa capacidade poderia ser utilizada para justificar decisões sobre a possibilidade de continuar a hidratação e alimentação por tubo em pacientes com doença terminal (FERRANS, 1990). Shaw (1977) chegou a criar uma fórmula para qualidade de vida, que seria o resultado de um dom natural multiplicado por contribuições em casa e na sociedade. Porém, afirmou que não propunha com essa fórmula calcular o valor numérico de uma vida humana nem propor uma forma de atribuição de pontos para decidir se os esforços deveriam ser feitos ou continuados. O objetivo seria identificar, em termos gerais, os fatores que afetam a qualidade de vida. McCormick (1974) sugeriu o uso do potencial de relações humanas como critério para julgar a qualidade de vida. Segundo o autor, todo o resultado e substância para a vida encontram-se nas relações humanas, considerando que este é o único meio de se chegar ao propósito espiritual da vida, que é o amor a Deus e ao próximo. Portanto, se o potencial para essas relações não se verificar, o valor humano e a qualidade de vida são considerados fora do contexto, sem necessidade de preservação.

Independentemente dos conceitos utilizados, houve um consenso de que o próprio indivíduo é o único juiz capaz de avaliar sua qualidade de vida. Utilizar somente dados de saúde e as experiências de vida para avaliar a QV perde o sentido, pois para cada pessoa o valor das experiências é diferentemente significativo. As satisfações, as alegrias, os encargos e os sofrimentos variam enormemente de indivíduo para indivíduo (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961; CAMPBELL, 1976; CALMAN, 1984; FERRANS; POWERS; KASCH, 1987). Os diferentes tipos de definições poderiam ser desenvolvidos de tal forma que a percepção do indivíduo fosse refletida. Porém, mais do que um simples autorrelato, é importante salientar que o termo “qualidade” implica na necessidade de um valor como alto/baixo, melhor/pior. Se a percepção do indivíduo é reconhecida como essencial, qual seria o papel das medidas objetivas? Essa questão é importante porque o subjetivo e as medidas objetivas podem produzir diferentes resultados. Tanto as medidas objetivas quanto as subjetivas são úteis em avaliação de

QV, pois consideram as experiências, os recursos e o *status*. Campbell (1976) considerou que as medidas objetivas devem ser interpretadas como complementares aos indicadores subjetivos, que medem diretamente a qualidade de vida.

É geralmente aceito que QV é um conceito multidimensional (CAMPBELL, 1976) que abrange todas as áreas da vida (PADILLA; GRANT, 1985). Segundo Ferrans, Powers e Kasch (1987), a representação da amplitude deve ser considerada e, para tanto, descreveram aspectos da vida usados para analisar e medir a QV (Quadro 1).

Dimensions	Dimensões
Health and physical functioning	Saúde e funcionamento físico
Activity level and mobility	Nível de atividade e mobilidade
Physical symptoms	Sintomas físicos
Sexual activity	Atividade sexual
Toxicity of treatment	Toxicidade dos tratamentos
Ability to take care of responsibilities	Capacidade de cuidar de responsabilidades
Participation in recreational activities	Participação em atividades recreativas
Psychological/spiritual	Psicológico / espiritual
Satisfaction with life	Satisfação com a vida
Affect	Afetividade
Anxiety and stress	Ansiedade e estresse
Self-esteem	Autoestima
Achievement of goals/purpose in life	Cumprimento de metas / propósito na vida
Spiritual aspects/religion	Aspectos espirituais / religião
Depression	Depressão
Coping	Lidar
Creative expression	Expressão criativa
Hope	Esperança
Enthusiasm for life, fortitude	Entusiasmo pela vida, fortaleza
Sense of security	Sensação de segurança
Control over own life	Controle sobre a própria vida
Social and economic	Social e econômico
Employment/work (includes social aspects)	Emprego / trabalho (inclui aspectos sociais)
Education	Educação
Financial status, income	Situação financeira, o resultado
Housing and neighborhood (includes social aspects)	Habitação e vizinhança (inclui aspectos sociais)
Friendships and social life	Amizades e vida social
Relationship with spouse	Apoio social
Family	Satisfação com a cidade e nação
Satisfaction with city and nation	Família
Social support	Relacionamento com cônjuge
Relationship with children	Relacionamento com filhos

QUADRO 1 - DIMENSÕES DE QUALIDADE DE VIDA
FONTE: FERRANS; POWERS; KASCH, (1987).

Outra questão relacionada à mensuração da QV é se todas as dimensões devem contar igualmente na definição e mensuração da QV, ou se algumas devem ser consideradas mais que outras. Flanagan (1982) observou que membros de uma população em geral diferem quanto à importância dada aos diversos aspectos da vida, especialmente entre pessoas de diferentes idades e sexo.

Existem indicadores que representam a saúde do indivíduo, a qual compreende uma das dimensões da QV. De acordo com Donabedian *et al.* (1989), quando o estado de saúde é mensurado deve ser chamado de estado de saúde ou saúde relacionada à QV. Em 1994, Gill e Feinstein (1994) afirmaram que mais do que a descrição do estado de saúde do paciente, a QV é a forma como o indivíduo percebe e reage ao seu estado de saúde e a outros aspectos de sua vida. No ponto de vista de Patrick e Deyo (1989), a QV relacionada à saúde é um termo abrangente que inclui cinco categorias de conceitos: tempo de vida, deficiências, atividade funcional, percepção e oportunidades sociais. Esses conceitos estão intrinsecamente relacionados e podem ser influenciados por doenças, traumas, tratamentos ou sistemas de saúde.

Spitzer (1987) apontou que para medir QV relacionada à saúde deve-se considerar três pontos: função física, estado mental e habilidade para interagir socialmente. Deyo (1984) afirma que Karnofsky, em 1948, desenvolveu uma escala de evolução para pacientes com câncer e deu início ao surgimento de escalas para medir a capacidade funcional do paciente, embora grosseiramente, pois incluía pesquisa de sintomas, achados anatômicos, atividades ocupacionais e atividades de vida diária. A Escala de Atividades da Vida Diária (AVD), desenvolvida em 1963 por Katz *et al.*, consistia em um questionário para avaliação da independência nessas atividades. Essa escala se mostrou útil pela simplicidade de aplicação do instrumento enfatizando a importância da função física nas AVD. A necessidade de mensurá-las era referente aos pacientes internados em reabilitação, no entanto mostrava-se inadequada aos pacientes ambulatoriais e, ainda, não investigava os aspectos psicossociais (SPITZER, 1987). Na década de 1970, surgiram questionários genéricos de saúde, que enfocavam aspectos físicos e psicossociais e associavam a metodologia da ciência social à sabedoria clínica. Na década seguinte, houve a preocupação em simplificar esses questionários, para serem utilizados na prática clínica e em pesquisa, tornando-os reprodutíveis e válidos (DEYO, 1984; SIMÕES DE ASSIS, 2003).

Em 1985, foi apresentada uma estrutura metodológica para aplicar instrumentos de avaliação do estado de saúde, de acordo com o seu propósito. Houve um aumento da preocupação com a reprodutibilidade e validação desses instrumentos discriminativos, que deviam ser sensíveis para detectar as mudanças ocorridas durante a evolução do caso (GUYATT; KIRSHNER; JAESCHKE, 1992). Gill e Feinstein (1994) enfatizaram que a propriedade de diferentes medidas requer instrumentos com diferentes propósitos. Nos anos 90 surgiram medidas de QV para doenças específicas, as quais se mostraram sensíveis às mudanças do estado do paciente durante sua evolução e muito úteis na prática médica (DEYO, 1984). A QV emergiu como um atributo importante da investigação clínica e cuidado do paciente (DEYO, 1984; GUYATT; KIRSHNER; JAESCHE, 1992). Quando mensurada, a QV tem sido utilizada para distinguir diferentes pacientes ou grupos de pacientes, para prever prognósticos e para avaliar intervenções terapêuticas (ASSIS, 2003). A observação do número de publicações mostra o crescente interesse pela mensuração da QV por pesquisadores de diferentes especialidades médicas.

Existem dois tipos de instrumentos de aferição da QV: os genéricos e os relacionados à doença específica. Para a pesquisa clínica ambos são válidos. A seleção do instrumento deve levar em conta os objetivos da pesquisa, o meio em que ocorre a investigação e as considerações práticas. Medidas genéricas de saúde permitem avaliar diferentes grupos de população, com diferentes graus de gravidade em doenças. Esses questionários propiciam o acesso à disfunção produzindo um escore para cada categoria, variando de um mínimo a um máximo, que pode ser utilizado para diferentes/variadas populações. Medidas genéricas de saúde são importantes ao comparar a evolução e os resultados de intervenções entre diferentes populações, particularmente para estudos de custo-benefício (efetividade). A necessidade de aferir, por meio de escalas, a resposta às intervenções terapêuticas de indivíduos com determinadas doenças fez surgir os questionários de doença específica. Os questionários específicos têm a vantagem de conter itens e perguntas elaboradas de acordo com as dificuldades encontradas mais frequentemente na doença que está sendo investigada. Nestes, a responsividade é maior, isto é, permite medir com maior habilidade e sensibilidade as mudanças importantes para os pacientes e seus médicos, decorrentes das intervenções, em um determinado período (PATRICK; DEYO, 1989). A estrutura metodológica de um instrumento de medida de saúde deve contemplar de um a três propósitos – discriminar um único ponto entre a população escolhida;

classificar os indivíduos em determinada categoria e medir a magnitude da mudança, ocorrida longitudinalmente no indivíduo ou no grupo (GUYATT; KIRSHNER; JAESCHE, 1992). A preferência do investigador pelo instrumento de medida para avaliar a QV, genérico ou para doença específica, vai depender do propósito e do tempo de investigação. Geralmente os pesquisadores utilizam os questionários procurando detectar as mudanças ou os efeitos observados após uma intervenção, em um determinado período de tempo (PATRICK; DEYO, 1989). Os métodos de medidas de saúde física, mental e social têm de abranger a função geral e o bem-estar, aderir aos conceitos standardizados de credibilidade e validade, ser simples e de fácil aplicação em pesquisas clínicas. Medidas abrangendo um item único são menos precisas, menos confiáveis e menos válidas em relação às escalas multi-itens, que proporcionam também mais opções para escores estimativos quando a resposta para um determinado item está faltando (STEWART; HAYS; WARE, 1988). Analisar e interpretar mudanças no estado de saúde dos indivíduos são problemas para estudos longitudinais, que ajudam a entender a evolução do tratamento, a interpretação das mudanças nos escores e a estimar o prognóstico da população envolvida. Nos estudos comparativos, a mudança dos escores, com diferença estatisticamente significativa, deve ser analisada com cautela, indagando-se se essa diferença é relevante no caso estudado. As mudanças nos questionários específicos são mais fáceis de interpretar porque são mais próximas às mudanças observadas na avaliação clínica (STEWART; HAYS; WARE, 1988). Uma variável de parâmetros ajuda a interpretar a diferença entre os indivíduos, tais como o escore médio, a variabilidade entre os próprios indivíduos, o coeficiente de credibilidade e a responsividade. O coeficiente de credibilidade é a razão da variância do sujeito com a variância total. A responsividade do instrumento focaliza a mudança dos escores, analisando se o indivíduo obteve melhora ou deterioração. O instrumento tem de ser útil para detectar efeitos do tratamento instituído, sendo importante diferenciar, em uma avaliação longitudinal da QV do indivíduo, se a mudança do escore foi em decorrência de uma alteração real na sua saúde ou de um artefato da medida (GUYATT; KIRSHNER; JAESCHE, 1992). Quando se comparam dois instrumentos, deve-se ainda ter o cuidado para realizá-los no mesmo intervalo de tempo (PATRICK; DEYO, 1989).

A utilização de instrumentos desenvolvidos em outros países, com termos da linguagem nativa, deve ser feita com cautela, e a adaptação deve ser validada e comparada com a versão original (PATRICK; DEYO, 1989). Geralmente os instrumentos

para avaliar a QV visam aos sintomas do paciente e à sua habilidade funcional; esses fatores são mais marcantes para o paciente e a sociedade do que os achados clínicos e laboratoriais (HAYNES; SULLIVAN, 2001). A associação entre QV e dados socio-demográficos, por exemplo, permite concluir que indivíduos com mais educação e renda tendem a ter uma saúde melhor (STEWART; HAYS; WARE, 1988). Quanto aos estudos de medida de saúde em crianças, estes têm surgido mais lentamente (BERGNER, 1985), principalmente em crianças com Paralisia Cerebral (PC) (SCHNEIDER *et al.*, 2001). Destaca-se também que a saúde da criança deve ser avaliada de maneira objetiva, de modo a traduzir a realidade e a valorizar o aspecto do desenvolvimento, incluindo o prognóstico genético, bioquímico, funcional e mental, e os elementos prognósticos da saúde (BERGNER, 1985).

O *Pediatric Data Collection Instrument* (PODCI), adaptado para o português pela primeira vez em 2001 e utilizado na publicação de Simões de Assis *et al.* (2008) como Instrumento para Avaliação de Resultados em Pediatria (IARRP), foi desenvolvido pelo POSNA (*Pediatric Orthopaedic Surgeons of North America*) em conjunto com a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, *Shriners Hospital*, e a Academia Americana de Pediatria, no ano de 1994, e aplicado a partir de 1998. É um instrumento genérico, utilizado para a medida de qualidade de vida e validado para crianças com distúrbios músculo-esqueléticos moderados a graves (HAYNES; SULLIVAN, 2001; PENCHARZ *et al.*, 2001; VITALE *et al.*, 2001, MCCARTHY *et al.*, 2002). O IARRP compõe-se de 108 itens, disponíveis em três formatos: um para ser respondido pelos pais de crianças (do nascimento à adolescência); outro para ser respondido pelos pais de adolescentes (11 a 18 anos); e outro para ser respondido pelos próprios adolescentes (11 a anos) (PENCHARZ *et al.*, 2001). Esses itens geram sete domínios – Extremidade Superior e Função Física; Transferência e Mobilidade Básica; Esportes e Função Física; Dor e Conforto; Expectativa; Felicidade e Função Global e Sintomas e cada domínio gera escores que são calculados conforme os algoritmos supridos pelo instrumento. Os escores variam de 0 a 100 (pior para melhor). O escore da Função Global é obtido por meio da soma dos escores funcionais – Extremidade Superior e Função Física; Transferência e Mobilidade Básica; Esportes e Função Física e Dor e Conforto (HAYNES; SULLIVAN, 2001).

Estudos clínicos, epidemiológicos, estatísticos e na área da ciência social têm desenvolvido medidas para avaliar a QV, e vários índices foram estabelecidos para

analisar disfunção e incapacidade na área física, social e psicológica (BERGNER, 1985; SIMÕES DE ASSIS, 2003; SIMÕES DE ASSIS, 2008).

2.4 FATORES BIOPSIICOSOCIAIS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

São inúmeros os fatores, tanto biológicos quanto sociais ou históricos, que influenciam na formação do sujeito, mas que isoladamente não determinam a sua constituição (MELLO; TEIXEIRA, 2012). Como afirma Vygotsky¹ (1962, citado por Ghassemzadeh; Posner; Rothbart, 2013), o comportamento do homem é formado por peculiaridades e condições biológicas e sociais do seu crescimento. O ser humano cria maneiras de se relacionar com o mundo. Toda a história individual e coletiva dos homens está relacionada ao seu convívio social. Sendo assim, a compreensão do desenvolvimento não pode ser justificada, apenas, por fatores biológicos, por exemplo. O desenvolvimento ocorre com base em diversos elementos e ações que se estabelecem ao longo da vida do sujeito. Nesse processo, sem dúvida, a interação com outras pessoas desempenha papel fundamental na formação individual. Desde o nascimento, o homem já pode ser considerado um ser social em desenvolvimento e todas as suas manifestações acontecem porque existe um outro ser social. Mesmo com a imaturidade da linguagem oral, o sujeito já interage e se familiariza com o ambiente em que vive. Durante seu desenvolvimento, o indivíduo participante de um grupo, ao conviver com outras pessoas, efetua trocas de informações e, dessa forma, vai construindo o seu conhecimento, na medida em que seu desenvolvimento psicológico e biológico lhe permite (BOTTI *et al.*, 2011; MELLO; TEIXEIRA, 2012; GHASSEMZADEH; POSNER; ROTHBART, 2013).

Com base na abordagem de Vygotsky¹ (1962 citado por Ghassemzadeh; Posner; Rothbart, 2013), considera-se que a interação tem papel fundamental no desenvolvimento da mente humana. A partir da interação entre diferentes sujeitos se estabelecem processos de aprendizagem e, por consequência, o aprimoramento de

¹ Vygotsky, L. S. **Thought and Language**. Cambridge, The Mit Press, 1962

suas estruturas mentais, presentes desde o nascimento. Nesse processo, o ser humano necessita estabelecer uma rede de contatos com outros seres humanos para incrementar e construir novos conceitos. Para as crianças, que estão no auge de seu desenvolvimento, o outro social torna-se altamente significativo, uma vez que assume o papel de meio de verificação das diferenças entre as suas competências e as dos demais, para, a partir desse processo, formular hipóteses e sintetizar ideias acerca desses laços constituídos, tornando um processo interpessoal em um processo intrapessoal. É importante que a criança, ao estabelecer essa comunicação, já se sinta parte do mundo e que dele participe ativamente. Afinal, o conhecimento não está no sujeito nem no objeto, mas na interação entre ambos. Agindo sobre os objetos e sofrendo a ação destes, o homem vai ampliando a sua capacidade de conhecer, ou seja, de vivenciar processos de aprendizagem. Nessa dinâmica, é possível apontar que o sujeito é um elemento ativo no processo de construção do seu conhecimento, pois na medida em que estabelece relações e se comunica, desenvolve-se cultural e socialmente, constituindo-se como indivíduo ativo (BOTTI *et al.*, 2011; GHASSEMZADEH; POSNER; ROTHBART, 2013).

Rogoff *et al.* (1995) aprofundou-se acerca da natureza social do ser humano, a qual o acompanha desde seu nascimento, afirmando que por meio da apropriação participatória os envolvidos estabelecem novas condições para aquela situação. Ou seja, estabelecem conexões conforme as necessidades do grupo, dinâmica natural uma vez que todos os processos biológicos e sociais se organizam em uma lógica reticular, assumindo-se como uma pessoa que se comunica com outras e que, com estas, estabelece relações conforme seu interesse. O ser humano não vive isolado, ele participa de diferentes ambientes. Os grupos reúnem seus integrantes em torno de um objetivo comum e as pessoas geralmente participam desses grupos porque se sentem acolhidas, porque percebem que naquele grupo sua presença é importante (BOTTI *et al.*, 2011; GHASSEMZADEH; POSNER; ROTHBART, 2013).

O homem moderno, portanto, deve ser entendido sob um aspecto biopsicossocial. Toda história de vida deve ser analisada sob influências biológicas, psicológicas e sociais, aspectos que estão interligados. O primeiro grupo ao qual uma pessoa pertence é a família. É na família que cada pessoa adquire os conceitos, hábitos e crenças que vão constituir o alicerce sobre o qual ela se apoia, os conceitos fundamentais sobre o mundo, as relações sociais, a ética, a forma como a sociedade se estrutura. O homem recebe influências intrínsecas do seu organismo (genética,

vírus, bactérias, doenças congênitas, defeitos estruturais); da sua percepção própria, experiências e vivências de mundo (ações, pensamentos e sentimentos); da sua interação com os diversos grupos (família, amigos), a sociedade e sua cultura. Também o homem biopsicossocial recebe diferentes influências no decorrer sua vida. Os estudiosos da psicologia do desenvolvimento humano estabeleceram áreas ou aspectos para estudá-lo. Embora o ser humano seja um todo, integrado, existem setores ou áreas para as quais são dirigidas as atividades e o comportamento humano, ainda que estejam profundamente interligados. Dessa forma, para a devida compreensão, o desenvolvimento é estudado nos aspectos físico, mental/cognitivo, emocional/afetivo e social. Muitas vezes empregam-se outras divisões, agrupando diferentemente as áreas: psicofísica, socioemocional, psicossocial, psicomotora, entre outras. (PINHEIRO, 2012).

Segundo Pinheiro (2012), as tarefas evolutivas do processo de desenvolvimento humano típico são, sobretudo:

- a) ter um corpo sadio, forte, resistente, desenvolvido;
- b) usar o corpo como instrumento de expressão e de comunicação social, como meio de participar da vida social, de colaborar com os outros, e, enfim, de constituir uma base consistente sobre a qual possa desenvolver o seu espírito;
- c) Desenvolver o intelecto até alcançar a etapa do pensamento abstrato, imprescindível para se compreender com mais profundidade a realidade humana;
- d) alcançar o equilíbrio emocional;
- e) a integração social;
- f) a consciência moral;
- g) compreender o seu papel, em seu tempo, na comunidade em que vive, ter as condições de assumi-lo e a capacidade e a decisão de realizar esse papel.

Estudiosos da área da psicologia, apoiados em epistemologias variadas, o que pode influenciar a visão de homem e de mundo que defendem, convergem na valorização da vida social da criança na fase escolar (entre 7 e 12 anos) para sua

contribuição quanto sujeitos ativos e engajados na sociedade da qual fazem parte. (PINHEIRO, 2012).

No ajustamento psicossocial, os grupos de parceria e a escola representam papel relevante. Os grupos de parceria oferecem à criança nessa idade certo apoio social, modelos humanos a imitar, a noção fundamental dos diferentes papéis que os indivíduos exercem na sociedade e certos padrões de autoavaliação. Por sua vez, a escola oferece à criança a oportunidade de lidar com figuras que representam autoridade fora do ambiente do lar (PINHEIRO, 2012).

O período da adolescência, que significa crescer ou desenvolver-se até a maturidade, é considerado o período das operações formais, segundo Piaget (1962), que compreende dos 12 aos 21 anos. A adolescência é um conceito amplo e inclui mudanças consideráveis nas estruturas da personalidade e nas funções que o indivíduo exerce na sociedade. Em síntese, o conceito moderno de adolescência não se confunde com puberdade, como fato biológico, nem tampouco com pubescência, como estágio de transição marcada por grandes mudanças fisiológicas. Adolescência é um conceito psicossocial. Representa uma fase crítica no processo evolutivo, em que o indivíduo é chamado a fazer importantes ajustamentos de ordem pessoal e social. Entre esses ajustamentos, temos a luta pela independência financeira e emocional, a escolha de uma vocação e a própria identidade sexual. Como conceito psicossocial, a adolescência não está necessariamente limitada aos fatores cronológicos (PINHEIRO, 2012).

Portanto, crianças e adolescentes enfrentam inúmeros desafios ao longo de seu desenvolvimento. A população com incapacidade, em especial com PC, pode apresentar muitas dificuldades durante esse ajustamento que já é complexo para qualquer jovem típico. As limitações presentes pelo acometimento influenciam diretamente nas habilidades necessárias para uma adequada função social, comportamental e emocional. Há várias barreiras que interferem diretamente na integração social e nas possibilidades desses indivíduos, tais como: acesso limitado aos espaços físicos, preconceito quanto às capacidades e ausência de oportunidades inclusivas (PERES, 2004; MURPHY *et al.*, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; STEWART *et al.*, 2012). Nesse contexto sugere-se que a deficiência pode ser entendida como uma incongruência entre o desenvolvimento individual e as demandas e expectativas nas relações e instituições específicas, das quais crianças e adolescentes participam. Essa incongruência cria e fortalece os fatores negativos

para o indivíduo com deficiência e resulta em um maior risco de desenvolvimento de psicopatologias (BØTTCHER; DAMMEYER, 2013).

Em decorrência do interesse, principalmente por parte dos psiquiatras e psicólogos, na mensuração dos aspectos biopsicossociais na vida dos indivíduos de diferentes idades e populações, afetados ou não por incapacidades, foram desenvolvidos instrumentos avaliativos para compreensão desses fenômenos. O *Child Behavior Checklist* (CBCL) é um instrumento amplamente utilizado para identificar problemas comportamentais e emocionais. É considerado como *padrão ouro* para testes comparativos de confiabilidade, sensibilidade, especificidade e concordância. Composto o *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), o CBCL possui escalas de avaliação que fornecem múltiplas perspectivas sobre o funcionamento de cada entrevistado, de acordo com a sua pontuação, faixa etária e gênero. O ASEBA é o Sistema de Avaliação Multicultural de Psicopatologia e Funcionamento Adaptativo mais utilizado e pesquisado internacionalmente. Com mais de 6.000 publicações de pesquisas em mais de 67 culturas, seus questionários já foram traduzidos em 74 línguas (ACHENBACH; RESCORLA; IVANOVA, 2012). Para aplicação em crianças e adolescentes o ASEBA dispõe de instrumentos que podem ser preenchidos por pais, professores, cuidadores, entrevistadores clínicos, observadores de comportamentos em grupo e ainda por jovens que podem responder sobre si próprios considerando o comportamento dos últimos 6 meses. Para adultos, o ASEBA pode ser respondido pela própria pessoa em uma autoavaliação, ou por pessoas que convivem e conhecem o avaliado, como esposo (a), parceiros, pais, filhos adultos, parentes, cuidadores e/ou amigos. O ASEBA pode ser usado para avaliação inicial, reavaliação ou avaliação de resultado final. O Child Behavior Checklist - CBCL é um dos instrumentos de avaliação do ASEBA, indicado para crianças de 6 a 18 anos, de ambos os sexos e foi validado no Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Crianças raramente buscam serviços de saúde e dificilmente são capazes de relatar a história e a natureza de seu problema. Assim, os profissionais de saúde devem recorrer aos pais, responsáveis ou cuidadores para obter dados sobre o funcionamento do indivíduo (BORDIN *et al.*, 2013).

O CBCL se destaca pelo seu rigor metodológico, valor em pesquisas e utilidade na prática clínica. Suas escalas fornecem ampla cobertura dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e adolescência. Compõe-se de duas partes. A primeira, denominada Competência Social, refere-se ao envolvimento

e desempenho da criança/adolescente em diversas atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas), participação em organizações de grupo (clubes e times), relacionamento com outras pessoas (familiares, amigos e outras crianças ou jovens), capacidade de brincar ou realizar pequenos trabalhos domésticos, desempenho escolar (aproveitamento curricular, reprovação e necessidade de classe ou escola especial). O relato dos pais sobre as atividades favoritas da criança e/ou adolescente, o grau e a qualidade do envolvimento nas atividades e suas amizades fornece ao profissional exemplos concretos das habilidades e pontos fortes. É um material valioso que pode ser discutido na entrevista clínica. Os resultados dessa escala permitem classificar crianças ou adolescentes como Normal, Limítrofe ou Clínico. A segunda parte, denominada Problemas de Comportamento, é composta por 118 questões, em que os pais ou cuidadores devem pontuar como “não é verdadeiro/ausente”, “algumas vezes/um pouco verdadeiro” ou “frequentemente verdadeiro” para os últimos seis meses, a contar da data do preenchimento. De acordo com a análise fatorial e os achados multiculturais, os itens do CBCL foram divididos em oito síndromes:

- 1) Ansiedade/Depressão
- 2) Isolamento/Depressão
- 3) Queixas Somáticas
- 4) Problemas Sociais
- 5) Problemas de Pensamento
- 6) Problemas de Atenção
- 7) Quebrar Regras
- 8) Comportamento Agressivo

As três primeiras síndromes, Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Problemas Somáticos foram agrupadas como Problemas Internalizantes, e as síndromes Quebrar Regras e Comportamento Agressivo como Problemas Externalizantes. As outras são analisadas de maneira independente. Os nomes atribuídos às síndromes pertencem a um vocabulário familiar aos profissionais de saúde mental, para facilitar a comunicação entre aqueles que fazem uso dos inventários. Porém, a análise dessas síndromes não permite a realização de diagnósticos psiquiátrico-psicológicos dos pacientes, pois não representam entidades nosológicas. No entanto, de acordo com os escores obtidos em cada síndrome, é

possível classificar como Normal, Limítrofe ou Clínico, com as escalas de Problemas Internalizantes e Problemas Externalizantes ou com o Total de Problemas de Comportamento (ACHENBACH; RESCORLA; IVANOVA, 2012). O agrupamento proposto por Achenbach (1991) para os Comportamentos e a Competência Social ajuda o avaliador a traçar um perfil comportamental da criança ou do adolescente.

2.5 DANÇA E REABILITAÇÃO

Segundo Greiner (2005), as experiências são frutos da interação entre o corpo (aparato motor e perceptual, capacidades mentais, fluxo emocional, etc..) com o ambiente (por meio das ações de se mover, manipular objetos, comer, etc.); e com outras pessoas, inseridos em uma cultura e fora dela (em termos sociais, políticos, econômicos e religiosos). O ambiente no qual toda mensagem é emitida, por admitir influências e diferentes interpretações, não é estático, está em constante movimento, numa espécie de contexto-sensitivo. Contexto é entendido como o reconhecimento que um organismo faz das condições e maneiras de usar efetivamente as mensagens. Contexto inclui, portanto, o sistema cognitivo, as mensagens que fluem paralelamente, a memória de mensagens prévias que foram processadas ou experimentadas e a antecipação de futuras mensagens que ainda serão trazidas à ação, mas que já existem como possibilidade. Nessa perspectiva, o ato de dançar, em termos gerais, estabelece relações testadas pelo corpo em um determinado contexto e gera novas possibilidades de movimento e conceituação, com base nas informações presentes. Portanto, o lugar onde a dança acontece é reconhecido como ambiente contextual, que interage e interfere no movimento da arte executada, influenciada pelas condições e maneiras de usar as mensagens presentes.

As relações entre corpo e ambiente dão-se por processos co-evolutivos, que produzem uma rede de pré-disposições perceptuais, motoras, emocionais e de aprendizado. O corpo é entendido como um resultado da interação entre as informações em constante processamento e o movimento, e não apenas como um recipiente de armazenamento das informações. O processo evolutivo de selecionar informações que vão constituindo o corpo define o conceito corpomídia. Refere-se à mídia de si mesmo, não a um veículo de transmissão. Quem dá início a esse processo

é o sentido do movimento. É o movimento que faz do corpo um corpomídia. (GREINER, 2005).

Com base no conceito corpomídia, observa-se que estudos sobre arte e dança identificam claramente as relações do corpo com o ambiente e os produtos que são gerados nesse processo. Segundo Santos e Fracisquetti (2008), a dança para a criança é uma comunicação significativa consigo mesma, é a seleção de aspectos de seu meio, com os quais ela se identifica e a organização de um significado novo. A arte torna-se importante para seus processos de pensamento, para seu desenvolvimento perceptual e emocional, para sua crescente conscientização social e para seu desenvolvimento criador.

A música quando utilizada na dança também pode ser um instrumento desencadeador de sentimentos, uma vez que evoca facilmente o emocional das pessoas. (SANTOS; FRACISQUETTI, 2008).

Conhecer a dança é refletir sobre o corpo, lugar em que ela acontece. Podemos entender o corpo como um sistema de signos complexo construído por meio da interação entre sua natureza biológica e social, algo dotado de plasticidade, peso, mobilidade, que abriga um conjunto de órgãos e que é também uma biografia, pois conta uma história. (Schwanke, 2007, p.9)

A complementaridade entre corpo, movimento, tempo, espaço e pensamento, e a possibilidade de selecionar e combinar informações definem a dança como linguagem. No processo de construção da linguagem da dança, existe ainda a possibilidade de junção e combinação de elementos em que se formam as coreografias. Uma coreografia é um sistema comunicativo marcado pela heterogeneidade, pois o corpo é usado como mídia e trabalha com a combinação simultânea de vários sistemas semióticos: música, cenografia, figurino, cinema, literatura, circo, poesia, iluminação, vestuário, vídeo, teatro, entre outros (SCHWANKE, 2007).

Rudolf Laban, estudioso do movimento, aponta que a dança tem sua construção histórica como as demais artes, pois retrata o comportamento da época em questão. A dança contemporânea caracterizou-se por articular diferentes linguagens e mídias e suas características interativas influenciam outras modalidades de dança surgidas posteriormente, tal como ocorre com o HIP HOP.

A manifestação cultural que originou o desenvolvimento do *Hip Hop* teve seu surgimento no início dos anos setenta do século passado nos guetos de Bronx, em Nova York. O movimento foi desencadeado pelas manifestações dos povos africanos que habitavam a América do Norte, vítimas do sistema escravagista. Homens e mulheres passaram a criar redes de solidariedade a partir de manifestações culturais de consolação e celebração para resgate de suas identidades e valores na nova realidade que enfrentavam. Essas celebrações ocorriam em festas realizadas nas ruas e foram iniciadas por um *Disc Jokey* - DJ (pessoa que seleciona músicas previamente gravadas ou produzidas na hora). O improviso do DJ que expressava o canto falado e ritmado deu origem à arte e a figura do MC, mestre de cerimônias, uma vez que as performances do DJ tornavam-se cada vez mais sofisticadas. O canto improvisado do MC e as manifestações da poesia e da música norte-americana deram origem ao *Rap Music*, *Rap* é a sigla para *Rhythm and Poetry*, ritmo e poesia. Por sua vez, os grafiteiros, que utilizavam a arte do *Graffiti* para expressar suas ideias e valores, também passaram a frequentar as festas. Em meados dos anos setenta, imigrantes e filhos de imigrantes advindos de países latino-americanos começaram a participar dessas manifestações e criaram uma nova linguagem de dança. A partir da referência do *Funk* e da linguagem corporal da Salsa se apropriaram também dos movimentos de Capoeira, do *Kung-Fu* e do Sapateado, fazendo surgir o *Breaking*, uma dança que chamaria a atenção por vigorosos movimentos no chão e pela agressividade dos dançarinos em suas performances. *B. Boy* e *B. Girl* passaram a ser denominações dos praticantes dessa dança. As linguagens desenvolvidas pelo DJ, MC, *Breaking* e *Graffiti* foram consolidadas como os quatro elementos do *Hip Hop*. A utilização desses elementos permitiu transformar a realidade de um ambiente violento em um ambiente cultural. As famílias de rua passaram, gradualmente, a ser formadas para dançar, pintar, cantar e tocar. Os conflitos de território se tornaram batalhas de arte e os indivíduos violentos se tornaram personagens em rodas de dança (CASTRO; CASTANHO, 2013).

A manifestação promovida pelo *Hip Hop* tem promovido diálogos e reflexões sobre a vida e as expectativas de futuro de jovens segregados pela pobreza ou pelo racismo. O contato com os elementos que compõem essa manifestação tem tido um papel importante na construção da identidade desses jovens. Atualmente, o *Hip Hop* tornou-se uma referência cultural e conquistou espaço em todas as camadas sociais. Eventos artísticos e competitivos valorizam e reconhecem essa modalidade de dança,

a qual atrai muitas pessoas, tanto as que praticam, como as que apreciam e prestigiam as exposições dos artistas (CASTRO; CASTANHO, 2013).

Na prática da dança desenvolvida no gênero *Hip Hop*, conhecido também como dança de rua, *street dance*, ou modalidade de dança urbana, o estímulo aos dançarinos se faz por meio das sequências rítmicas e melódicas rápidas e bem marcadas, compondo batidas musicais que geralmente estimulam o deslocamento do quadril como base para a realização dos demais movimentos corporais, que complementam e diversificam as expressões propostas por essa modalidade. Essas expressões representam o conceito da cultura *Hip Hop*, que aborda temas sociais e se pronuncia também por meio de outras modalidades artísticas, presentes na cultura e na educação. A designação desse gênero tem origem nas palavras *Hip*, que significa quadril na língua inglesa, e *Hop*, que significa saltar. Logo, a expressão *Hip Hop* tem como significado: saltar movimentando o quadril (VIANNA, 1998).

Diferentemente do balé clássico, que pede por silhuetas similares para que ocorram movimentos coreográficos sincronicamente perfeitos, o *Hip Hop* permite a convivência da diversidade e incorpora constantemente novos estilos e tendências. Diferentes biotipos podem dançar e se unir para dançar, sem predominância de um único padrão corporal. Pode-se notar inclusive, que vários passos característicos do gênero *Hip Hop* foram inspirados em pessoas com deficiências motoras, as quais desenvolvem movimentos atípicos, porém interessantes sob o olhar dos dançarinos da modalidade, que executam esses movimentos de maneira harmônica submetendo-se, muitas vezes, a um nível de grande complexidade para conscientização e domínio corporal (VIANNA, 1998; SCHWANKE, 2007).

Nos últimos 10 anos, o *hip hop* passa a absorver ideias e linguagens da dança contemporânea incorporando nas apresentações artísticas cenas coreográficas diversificadas exibidas simultaneamente retratando as temáticas atuais. Em músicas de outros gêneros e ritmos podem ser aplicados passos típicos do *Hip Hop*. Muitas são as estéticas possíveis na cena da dança contemporânea, e esta característica também é incorporada ao *Hip Hop*. Segundo Schwanke (2007), tanto em cena ou fora dela, produzir dança é trabalhar com elementos que são ao mesmo tempo singulares e interligados. Quando existe um esforço grupal, em que os elementos de dança são trabalhados em um conjunto, surge um grupo de dança. A formação de um grupo de dança é um modo de organização da própria dança para aumentar sua probabilidade

de sobrevivência. O autor coloca, inclusive, que quando um grupo funciona significa que tem condições de operar e garantir a própria continuidade (SCHWANKE, 2007).

Percebe-se que os movimentos executados no Hip Hop, assim como nas demais modalidades, acontecem inicialmente de maneira natural e espontânea para produzir e transmitir alguma informação cultural e social. Já no início do século XX, Rodolf Laban trabalhou com a forma natural das pessoas se movimentarem e, desse modo, impulsionou o chamado movimento criativo. Os trabalhos desenvolvidos por Laban abordaram os elementos que constituem o movimento e a sua utilização, dando ênfase aos aspectos psíquicos e fisiológicos que levam o ser humano ao movimento. Os diferentes gêneros de dança surgidos em diferentes épocas representam essa utilização da dança como necessidade de se expressar diante de determinado contexto, como no Hip Hop. A metodologia e a profundidade do seu estudo contribuiu para a percepção do ser humano por meio do movimento nos mais diversos aspectos e pode ser aplicada nos diferentes setores da atividade humana: artes, educação, trabalho, psicologia, sociologia, entre outros. Foi por meio do seu sistema de Análise do Movimento que muitos dos seus seguidores começaram a introduzir a dança em contextos terapêuticos e educativos. Para Laban (1993), a forma como nos movimentamos reflete a nossa personalidade. No ser humano existe uma relação muito próxima entre corpo e a “mente”. Ainda segundo os trabalhos desenvolvidos por Laban, pode-se observar que o ser humano se movimenta para satisfazer alguma necessidade, retirar prazer e satisfação de algum desejo ou algo que tenha representatividade para ele próprio (OLIVEIRA, 2002).

Nas teorias de Laban (1975) e Fux (1983), a classe de dança deve produzir-se pela expressão totalmente criativa. Laban (1975) ainda acrescenta que, para os deficientes físicos, as técnicas de dança mais indicadas são as que se fundamentam na expressão livre. Com base nessa perspectiva, as atividades rítmicas desenvolvidas com crianças especiais têm como objetivos proporcionar prazer, estimular a experimentação de movimentos livres e naturais, para que possam expressar a alegria desses movimentos, desenvolvendo a capacidade de concentração para as atividades de dança. As atividades rítmicas permitem ao indivíduo expressar o movimento e o seu estado de ânimo momentâneo (BRACCIALLI, 1998).

Ao se considerar que no Hip Hop se utiliza, em geral, as marcações melódicas do RAP como referência para a execução dos movimentos, é pertinente observar os efeitos que a música pode causar ao se produzir dança, uma vez que, por meio dessa referência, os indivíduos se reinventam compondo expressões inéditas e estilos

diversificados. Segundo McClellan¹ (1991 citado por Leinig, 2008), o poder que a música possui de afetar o ânimo é intenso e eficaz por se constituir de elementos sugestivos e persuasivos, como é o caso do ritmo, que persuade o indivíduo a ajustar seu ritmo corporal ao ritmo musical. Em virtude de sua qualidade dinâmica, a atração básica pela música é, ao mesmo tempo, física e emocional; física porque se desloca pelo ar mediante ondas de pressão molecular que podem ser sentidas corporalmente; emocional, porque cria ambientes de humor aos quais se reage em um nível subconsciente e não verbal. É por meio da reação física e emocional à música que se desenvolvem atitudes corporais, mentais e espirituais que, por sua vez, criam a base do gozo estético. Os processos fisiológicos e psicológicos interferem mutuamente nos indivíduos submetidos à música (LEINIG, 2008).

Estudos sobre a influência da música na energia muscular verificaram que melodias alegres, de andamento rápido e em tonalidade maior, determinam aumento da força muscular chegando, às vezes, a produzir estados de grande excitabilidade motora, ao passo que músicas tristes e lentas, em tonalidade menor, determinam diminuição dessa força a ponto de a atividade muscular cessar completamente quando os músculos já estavam fatigados pelo trabalho precedente (LEINIG, 2008).

Desde a sua origem, a relação corpo-mente, as relações interpessoais e a relação da pessoa com o meio ambiente têm sido fundamentais para a prática clínica da dançaterapia, em que o movimento e a dança, como essencial meio de conexão e comunicação, são utilizados para promover a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. Um desafio atual para a dançaterapia como um campo é verbalizar e desenvolver o seu plano teórico, em diálogo com a prática clínica (KOCH; FISCHMAN, 2011).

A dança utilizada como recurso terapêutico em crianças com PC, geralmente tem como objetivo mais específico desenvolver movimentos rítmicos, a coordenação, a harmonia e o controle de movimentos, melhorar a postura, estimular os proprioceptores, as reações de equilíbrio, criando habilidades motrizes básicas e artísticas. Simultaneamente, a dança promove o aumento do acervo cultural, por meio do qual os indivíduos tornam-se capazes de reformular a própria imagem e a maneira como se expressam no mundo. Esses aspectos são fundamentais para o resgate da

¹ MCCLELLAN, R. **O poder terapêutico da música**. São Paulo: Siciliano, 1966

alegria e da integridade destes como cidadãos criativos e participativos, reforçando o trabalho coletivo, a autorrealização, a responsabilidade e a aprendizagem social ativa (BRACCIALLI, 1998).

A *American Dance Therapy Association* (CIDA), fundada em 1966, tem como finalidade o uso psicoterapêutico do movimento como um processo que promove a integração emocional, cognitiva, social e física do indivíduo. A dançaterapia (*Dance Movement Therapy-DTM*) –sigla utilizada pela CIDA –usa o movimento e o corpo combinados com as habilidades de psicoterapia, aconselhamento e reabilitação, para ajudar as pessoas com diferentes necessidades. Esse trabalho foi desenvolvido nas décadas 1940, 1950 e 1960, sob a influência contínua da psicoterapia psicodinâmica. A CIDA tem um conselho de 18 membros de diretores, vários comitês e inclui mais de 1200 membros, patrocinadores e profissionais que, anualmente, desenvolvem as conferências, bem como a formação de grupos regionais, seminários, *workshops* e reuniões e pesquisas com a prática na arte. A bibliografia inclui material de investigação teórica, e outra de investigação clínica no campo da terapia de dança / movimento. A informação abrange distúrbios relacionados a ansiedade, doenças infantis, transtornos alimentares, transtornos do humor, neuroses, transtornos de personalidade, abuso físico e sexual, esquizofrenia, transtornos somáticos, abuso de substâncias e lesão traumática do cérebro (PRATT, 2004).

A dança como terapia foi inicialmente fundamentada principalmente pela psicoterapia. Atualmente os benefícios da dançaterapia em diversos aspectos e populações veem sendo constatados por meio de estudos que investigam diferentes populações de pessoas com incapacidade. A terapia por meio da dança é uma das artes-terapias criativas que pode ser usada para ajudar um paciente a organizar ou sintetizar as questões afetivas, por exemplo: abandono, raiva, trauma sexual, perda, sofrimento e dor. Estudos começam a ser realizados e detectam os efeitos positivos dessa intervenção nos sintomas emocionais de depressão e ansiedade, no aumento da produtividade no trabalho, na melhora do funcionamento físico, psicológico e cognitivo, no aumento da autoestima e da socialização (COUPER, 1981; HANNA, 1995; RITTER; LOW, 1996; PRATT, 2004; ERFER; ZIV, 2006). Em alguns casos de problemas fisiológicos e transtornos alimentares, a dançaterapia pode afetar positivamente a imagem corporal. Também pode promover o processo criativo e aumentar a capacidade de cura com atividades como exploração de tensão e relaxamento por meio do movimento, e conectar esses movimentos a determinados

momentos da vida. Além disso, a dançaterapia pode aumentar a autoconsciência, incluindo a capacidade de perceber e sentir as emoções e outras sensações, como a fome, saciedade, tensão e relaxamento. O movimento pode também ser uma forma de restabelecer o diálogo entre a cabeça e o corpo e criar um equilíbrio entre as partes, E pode tornar-se a principal influência no desenvolvimento e na mudança da imagem corporal. No trabalho individual e em grupo, é possível aplicar a dançaterapia para auxiliar os clientes que têm distúrbios alimentares a esclarecerem sua imagem corporal (RITTER; LOW, 1996).

Usando o conceito de *mindpsyche* de Winnicott, membros e líder de um grupo de terapia de dança discutem sobre a experiência de dança, que pode ser por vezes assustadora e ao mesmo tempo emocionante. A natureza improvisada dessa experiência permite que os participantes atinjam um nível de excitação a ponto de produzirem uma integração momentânea de sentimentos, pensamentos e comportamentos que podem ser observados (PRATT, 2004).

A improvisação pode ser útil para ajudar as crianças a fortalecerem o vínculo entre a criatividade e o desenvolvimento motor. O aprendizado do movimento normal ajuda as crianças com deficiência a desenvolverem uma imagem positiva do corpo e autoexpressão criativa. Particularmente útil quando a comunicação verbal é bloqueada, a dançaterapia pode canalizar a tensão em direção à integração corporal e nota-se melhoria da interação social, pois combina os princípios de bioenergética e a terapia Gestalt, enfatizando a atividade corporal (RITTER; LOW, 1996; PRATT, 2004).

Um artigo descreve que a DMT é uma modalidade de tratamento valiosa para a criação de coesão em grupos de crianças que tenham sido previamente caóticos e desorganizados. Eles também afirmam que esse sentimento de coesão proporciona um apoio e um ambiente seguro e sem julgamentos, em que as crianças são capazes de trabalhar para alcançar os objetivos terapêuticos. O desenvolvimento da imagem corporal, autoconhecimento e consciência dos outros é o componente importante das sessões de DMT (RITTER; LOW, 1996; ERFER; ZIV, 2006), e serve como a base sobre a qual a coesão é construída. Mudanças de comportamento são observadas no grupo, tais como um melhor controle do impulso, tolerância à frustração, adiamento da gratificação e a capacidade de conviver com outras pessoas (ERFER e ZIV, 2006).

Ritter e Low (1996) destacaram, em sua meta-análise, que muitos estudos foram realizados com grupos de crianças, porém há problemas nos projetos desses estudos, como a falta de grupos controles para comparação. Torna-se portanto, um

campo a ser explorado com desenhos de estudo mais apropriados, principalmente na relação com a qualidade de vida e nos fatores biopsicossociais de pessoas com deficiência.

2.5.1 Arte-Terapia

Segundo Granier (2011), há relatos no Antigo Testamento de que Medicina e a Arte se relacionavam. Os primeiros trabalhos nesse sentido foram realizados em atenção aos indivíduos com deficiência mental. No início do século XXI, as terapias de artes criativas foram firmemente estabelecidas como uma parte importante da medicina complementar para doenças psicológicas e fisiológicas. Atualmente, as terapias artísticas se fazem presentes em hospitais, asilos, instituições de saúde e consultórios particulares. Arte, dança e musicoterapia foram formalmente organizadas no século XX. Anteriormente, desempenharam papel informal, embora contínuo na medicina oriental e ocidental. Ao longo dos séculos, a natureza curativa das terapias criativas descreveram uma forma de restabelecer saúde e oferecer plenitude às pessoas que lutam com doenças mentais e físicas. A partir de 1950 houve uma tendência para investigações descritivas e experimentais nesse campo. Atualmente, embora a arte, a dança e a musicoterapia estejam presentes em todas as áreas da saúde, a literatura mostra poucas pesquisas com estudos controlados (PRATT, 2004).

A arte-terapia desenvolvida a partir das teorias de Sigmund Freud e Carl Young levou a uma nova compreensão da personalidade e uma perspectiva sobre a gênese da doença. A arte-terapia como um campo começou simultaneamente nos Estados Unidos e no Reino Unido. Em 1940 e 1950, livros foram produzidos sobre sua aplicação com pacientes psiquiátricos, contribuindo para o material teórico e clínico nesse campo. Durante esse período, com base nas atuações de voluntários em hospitais psiquiátricos, os psiquiatras convenceram-se sobre o valor da arte-terapia com os pacientes. No entanto, já em 1930, a arte-terapia foi organizada pela primeira vez, quando psiquiatras estudaram a obra de arte de pacientes para verificar se havia relação entre o que era expresso e a doença que apresentavam. Nesse mesmo tempo, arte-educadores perceberam que a expressão artística livre e espontânea de crianças representavam ambas as comunicações, emocional e

simbólica. Desde então, a arte-terapia tornou-se um instrumento eficaz e um importante método de comunicação, avaliação e tratamento com diferentes populações (PRATT, 2004; FREILICH; SHETCHTMAN, 2010; ANZULES; MULLER-PINGET; GOLAY, 2012).

Nos EUA, os terapeutas registrados para atuar nesse contexto podem trabalhar em consultório particular ou com equipes médicas em hospitais e instituições de saúde. O advento desses profissionais treinados em instalações médicas mudou a natureza da saúde contribuindo para o ambiente estético das instalações, para o bem-estar dos pacientes e da equipe e para o encorajamento dos pacientes a participarem do processo artístico. No século XXI, as terapias de artes assumiram um papel mais importante nos cuidados com a saúde na medida em que expandiram a parceria com a prática médica tradicional (GRANIER, 2011).

A *American Art Therapy Association* foi fundada em 1969 e atualmente representa cerca de 4750 membros individuais. O campo relativamente novo da arte-terapia médica pode contribuir para um paciente sintetizar e integrar questões físicas e emocionais presentes em sua vida. Pesquisas nas últimas décadas incluem tratamentos para problemas psicológicos (que afetam a mente principalmente) e para doenças fisiológicas (que afetam o corpo principalmente). A dissertação e estudo escrito por David, em 2001, citado por Pratt (2004), explorou o papel da expressão artística no tratamento de três pessoas que sofreram traumatismo crânio-encefálico. O envolvimento dos pacientes em terapia da arte foi analisado segundo o estado neuropsicológico e cognitivo, avaliado em relação ao comportamento, verbalizações e avaliações neuropsicológicas padrão. Todos os três pacientes apresentaram melhora na atenção, concentração, memória e organização. Recomendou-se, portanto, que a arte deve ser utilizada na prática clínica para avaliar e tratar os déficits causados por lesão cerebral (PRATT, 2004).

Segundo Granier (2011), para a organização de trabalhos com arte-terapia ser efetiva, deve oferecer uma estrutura planejada e diferenciada de ambientes terapêuticos e educacionais convencionais e, principalmente, trazer os elementos da arte utilizada por meio de um facilitador, com cronograma definido, e ainda conquistar o compromisso e o respeito dos indivíduos. A atração e o desejo pela prática é um fator importante. Quando bem sucedidos, os trabalhos podem levar a *shows* e exposições e ainda projeções de vida, por parte de alguns praticantes. Os benefícios são o acesso ao objeto cultural, tanto como objeto de investimento, quanto como um

elo participativo em rede grupal. Nos trabalhos com arte-terapia pode ser revelada a verdadeira identidade de um artista, o que não significa ser o suficiente para garantir o sucesso na arte e no mercado (GRANIER, 2011).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo experimental para avaliar os efeitos da dança na qualidade de vida e perfil emocional e biopsicossocial de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas dependências da Sociedade Hípica Paranaense, local cedido à APACDM – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Deficiência Motora. O período da pesquisa compreendeu de 21 de abril de 2007 a 16 de janeiro de 2009.

3.3 CASUÍSTICA

Foi constituída por crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral (PC), atendidas no Ambulatório de Espasticidade em Pediatria (AEP) do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas (CENEP) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O AEP atende em média 460 crianças por ano (dado referente ao ano de 2013). Nesse ambulatório atuam profissionais da neuropediatria, ortopedia infantil, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, anestesia, psicologia, residentes e pós-graduandos da neuropediatria e voluntários. O seguimento médico inclui um protocolo de avaliação com classificação do nível funcional baseado no Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (SCFMG), adaptado do *Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy* que classifica o paciente, de

acordo com sua faixa etária, em níveis de independência funcional, variando de I a V, sendo o escore máximo o de maior dependência funcional (PALISANO *et al.*, 1997).

3.4 GRUPO DE ESTUDO

Para compor o grupo de estudo (GE) foram incluídas (9) nove crianças e adolescentes sendo (8) oito com diagnóstico de paralisia cerebral hemiplégica espástica (PCHE) e (1) uma com paralisia cerebral diplégica espástica (PCDE), consideradas conforme os critérios de inclusão. Todos os indivíduos da amostra foram submetidos à prática da dança (PD) e responderam aos questionários de qualidade de vida em dois momentos, antes e depois da participação na PD.

3.4.1 Critérios de inclusão

- a) Diagnóstico de PC;
- b) Faixa etária entre 6 e 18 anos;
- c) Potencial cognitivo suficiente para participar das atividades em grupo e compreender os comandos durante as aulas;
- d) Ser deambulador comunitário (SCFMG I ou II);
- e) Frequentar as aulas semanais em um período de no mínimo 3 meses;
- f) Responder aos questionários (IARRP e CBCL) em duas etapas de avaliação;
- g) Aceitar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4.2 Critérios de exclusão

- a) Pais/responsáveis não alfabetizados;

Pais/responsáveis que responderam aos questionários inadequadamente.

3.5 GRUPO CONTROLE

O GC foi composto por cinco (5) crianças e adolescentes com PCH e quatro (4) com PCD atendidos no AEP do CENEP, que não participaram das aulas ou que participaram por um período menor que 3 meses.

3.5.1 Critérios de inclusão

- a) Diagnóstico de PC;
- b) Faixa etária entre 6 e 18 anos;
- c) Ser deambulador comunitário (SCFMG I ou II) ;
- d) Nível cognitivo suficiente para participar das atividades em grupo e compreender os comandos durante as aulas;
- e) Participação nas aulas de dança por um período menor que 3 meses;
- f) Responder aos questionários (IARRP e CBCL) em duas etapas de avaliação;
- g) Aceitar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.5.2 Critérios de exclusão

- a) Pais/responsáveis não alfabetizados;
- b) Pais/responsáveis que responderam os questionários inadequadamente;

3.6 HIPÓTESE E INTERVENÇÃO

Foram consideradas para este estudo as seguintes hipóteses:

- Hipótese nula (Ho): A prática da modalidade de dança Hip Hop não interfere na qualidade de vida, no perfil emocional e biopsicossocial e na participação social de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral.

- Hipótese alternativa (H1): A prática da modalidade de dança Hip Hop interfere na qualidade de vida, no perfil emocional e biopsicossocial de crianças e na participação social de adolescentes com Paralisia Cerebral.

3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis de interesse no estudo corresponderam aos itens avaliados por meio dos questionários nos dois momentos de aplicação no GE e no GC.

3.7.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes quantitativas compreendem os 27 itens determinados pelo questionário IARRP e pelo questionário CBCL.

DIMENSÕES DO IARRP:

- ☐ Função Física e Extremidade Superior (UEP)
- ☐ Transferência e Mobilidade Básica (TBM)
- ☐ Função Física e Esportiva (SPF)
- ☐ Dor e Conforto (CONF)
- ☐ Felicidade (HAPP)
- ☐ Função Global e Sintomas (GFS)

ESCALAS DO CBCL:

- ☐ Atividades
- ☐ Social
- ☐ Escolar
- ☐ Total de competências
- ☐ Ansiedade/Depressão
- ☐ Isolamento/Depressão
- ☐ Queixas somáticas
- ☐ Problemas sociais
- ☐ Problemas de pensamento
- ☐ Problemas de atenção
- ☐ Comportamento de Quebrar regras
- ☐ Comportamento agressivo
- ☐ Problemas internalizantes
- ☐ Problemas externalizantes
- ☐ Total de problemas
- ☐ Problemas afetivos
- ☐ Problemas de ansiedade
- ☐ Problemas somáticos
- ☐ Déficit de atenção e hiperatividade
- ☐ Comportamento opositivo desafiador
- ☐ Problemas de conduta

3.7.2 Variáveis Independentes

As classificações da amostra, de acordo com o sexo, ensino, raça, função motora, topografia, concentração, segurança, aptidão e participação compõem as variáveis independentes qualitativas do estudo. As classificações da amostra, de acordo com a idade, renda *per capita*, tempo entre as aplicações dos dois questionários, IARRP e CBCL, e tempo da prática de dança em meses e em número de aulas executadas compõem as seis variáveis independentes quantitativas.

3.7.3 Variáveis Intervenientes

Atividades concomitantes desenvolvidas no decorrer da pesquisa.

3.8 MÉTODO

Foi aplicado para o desenvolvimento deste estudo um protocolo contendo dados de identificação e instrumentos específicos para a avaliação da qualidade de vida e do perfil emocional e biopsicossocial de crianças e adolescentes em dois momentos, antes (M1) e após (M2) a prática da dança ou o convite para a participação nesta, a fim de comparação dos resultados entre os grupos de estudo e controle ao final do experimento.

3.8.1 Dados de identificação

Foram considerados neste estudo o sexo, raça, escolaridade, idade na avaliação inicial, renda *per capita*, tempo entre as aplicações dos dois questionários, tempo da PD em meses e em número de aulas executadas. Todos os participantes apresentavam PC espástica, sendo considerada a distribuição topográfica como diplegia ou hemiplegia. A classificação para escolaridade das crianças e adolescentes compreendeu: Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série); Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série) e Ensino Médio.

3.8.2 Avaliação da qualidade de vida

Para avaliação do impacto da dança na qualidade de vida dos indivíduos componentes da amostra foi aplicado o questionário IARRP. (ANEXO 1)

3.8.2.1 Instrumento para avaliação de resultados de reabilitação em pediatria (IARRP)

Este instrumento foi adaptado do *Peditaric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI)* da Sociedade Norte Americana de Ortopedia Pediátrica por Coutinho dos Santos e Forlin, em 2003, (COUTINHO DOS SANTOS *et al.*, 2011) posteriormente traduzido por tradutor de língua nativa inglesa novamente para o inglês, sendo as duas versões em inglês comparadas por um juiz. O IARRP é um questionário utilizado para aferição da qualidade de vida de crianças com desordens musculoesqueléticas, considerando nesse contexto a saúde geral, a dor e a habilidade para participar de atividades diárias normais. A versão foi adaptada para o português e está disponível no endereço eletrônico: <<http://www.hc.ufpr.br/acad/pediatria/index.htm>>. Os questionários são autoaplicáveis e a versão utilizada nesse estudo é a para pais de crianças até os 19 anos. Compõe-se de 108 questões compreendidas em 6 domínios: função física e extremidade superior (UEP), transferência e mobilidade básica (TBM), função física e esportiva (SPF), dor e conforto (CONF), felicidade (HAPP) e função global e sintomas (GFS). O GFS é obtido das variáveis dos escores UEP, TBM, SPF e CONF. Os escores foram obtidos utilizando-se o programa disponível no *site* da Sociedade Norte Americana de Ortopedia Pediátrica (<http://www.aaos.org/research/outcomes/outcomes_peds.asp>).

A explicação sobre a forma de preenchimento foi realizada por colaborador treinado no momento do fornecimento dos questionários e dos materiais lápis e borracha. As dúvidas quanto à interpretação foram esclarecidas com o cuidado de não interferir na escolha das respostas. Não houve tempo pré-determinado para o término do preenchimento dos questionários. No momento da devolução os questionários foram inspecionados para verificação do preenchimento de todos os campos de respostas.

3.8.3 Avaliação de Perfil Emocional e Biopsicossocial

Para avaliação do impacto da dança no perfil emocional e biopsicossocial dos participantes foi aplicado o questionário CBCL. (ANEXO 2)

3.8.3.1 *Child Behavior Checklist (CBCL)*

Este instrumento foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Bordin, Mari e Caeiro, em 1995. É um questionário amplo que pode ser respondido por pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes com idade entre 6 a 18 anos. Compõe-se de duas partes. A primeira avalia a **Competência Social**, composta por 20 itens relacionados a **Atividades, Sociabilidade e Escolaridade**, os quais investigam o envolvimento e o desempenho da criança e/ou adolescente em atividades de esporte, passatempos, trabalhos e tarefas diárias, capacidade de relacionar-se e desempenho escolar. A segunda parte avalia a existência de **Problemas Emocionais e Comportamentais**. É composta por 118 itens referentes à investigação de sintomas e síndromes, subdivididos em 8 escalas: *ansiedade/depressão; isolamento/depressão; queixas somáticas; problemas sociais; problemas de pensamento; problemas de atenção; comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo*. Esses sintomas ainda são classificados em **Internalizantes e Externalizantes**. Todos os itens da segunda etapa contemplam a escala **Total de Problemas**. A terceira categoria, denominada **Outros Problemas**, corresponde a alguns itens de sintomas não englobados nas escalas anteriores, orientados pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM: *problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas somáticos, problemas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de comportamento opositor desafiante e problemas de conduta*. Para a segunda etapa foram consideradas respostas sobre afirmações classificadas em: “Não é verdadeiro/ausente”, equivalente a escore 0; “Algumas vezes/um pouco verdadeiro”, equivalente a escore 1 e “Frequentemente verdadeiro”, a escore 2.

A somatória dos escores foi convertida em T escores, por meio do programa computadorizado *Assessment Data Manager® (ADM)*, instalado no CENEP, de acordo com análises apropriadas para o sexo e idade. Nas escalas referentes às **Competências Sociais**, avaliadas na primeira etapa, os escores obtidos crescem de

acordo com a maior competência do avaliado. Os resultados dessa escala permitem classificar as crianças/adolescentes como **Normal**, **Limítrofe** ou **Clínico**. Para as escalas **Atividade** e **Social** os escores menores que 30 são considerados **Clínico**, entre 30 e 33 são **Limítrofe** e acima de 33 **Normal**, ou seja, socialmente competente. Na escala **Total de Competência Social**, os escores menores que 33 correspondem à **Clínico**, entre 33 e 40, **Limítrofe** e acima de 40, **Normal**. Nas escalas referentes aos problemas emocionais e de comportamento, avaliadas na segunda e na terceira etapa do questionário, os escores crescem de acordo com a menor competência do avaliado. Um escore T igual ou acima de 70 é considerado **Clínico**; entre 64 e 69, **Limítrofe**, e abaixo de 63, **Normal**. Para as escalas de **Problemas Internalizantes** e **Externalizantes** um T escore menor e/ou igual a 60 é considerado **Normal**, entre 60 e 63, **Limítrofe**, e acima de 63, **Clínico**. Os escores T foram tabulados e encaminhados para tratamento estatístico.

O instrumento foi aplicado seguindo as mesmas orientações observadas na aplicação do questionário IARRP.

Os dois instrumentos utilizados, IARRP e CBCL, foram aplicados considerando os dois momentos deste estudo, antes e após a Prática de Dança:

- **M1:** primeira coleta dos questionários no GE (antes do início da PD) e no GC.
- **M2:** segunda coleta dos questionários no GE (após o período de participação na PD) e no GC (após período semelhante ao do GE);

Os questionários utilizados neste estudo fazem parte do protocolo de Avaliação do Ambulatório de Espasticidade do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas, sendo que este Banco de dados esteve à disposição deste estudo, especialmente para a formação do GE.

3.8.4 Prática de Dança

3.8.4.1 Preparação

A modalidade de dança Hip Hop foi considerada adequada à prática das aulas, uma vez que a fisioterapeuta autora deste estudo, atuante em reabilitação neurofuncional e em experiências como dançarina desse gênero, pôde observar que aspectos posturais e de execução específicos dessa modalidade vão ao encontro de fundamentos preconizados na reabilitação motora, de pacientes com PC, tais como:

- O Hip Hop caracteriza-se por apresentar batidas rítmicas bem marcadas, alternadas constantemente, solicitando a execução de movimentos corporais bem definidos. Geralmente essas execuções solicitam que regiões corporais se movimentem isoladamente exigindo a conscientização corporal para a dissociação das cinturas pélvica e escapular e a mobilidade de tronco. Em se tratando de pacientes com PC, que apresentam em muitos casos posturas fixas decorrentes da espasticidade, a marcação rítmica do Hip Hop produz um estímulo intenso e natural a essas execuções.
- A constante alternância rítmica determina que movimentos sejam executados repetitivamente, o que ocorre tanto com passos previamente coreografados, como com os executados instintivamente, igualmente contemplados nessa modalidade. Em ambos os casos, essa prática traz benefício ao paciente com PC, pois os movimentos repetitivos diminuem a espasticidade e facilitam o aprendizado motor (BOBATH, 1963). O princípio da neuroplasticidade neuronal preconiza a necessidade de experiências corporais repetitivas para que o aprendizado motor aconteça (JANG *et al.* 2003, CHEN *et al.* 2005).
- Elementos coreográficos relevantes no gênero, os movimentos realizados no chão, solicitam o apoio simétrico das mãos e pés para a sustentação do corpo e facilitam a transferência do peso corporal nos membros afetados pela PC, fator necessário ao desenvolvimento ósseo adequado e à estimulação neuromuscular e consequente diminuição da negligência.
- Uma das características do padrão motor na PC é a planti-flexão, ou postura em equino (BROWN *et al.* 1987). Os pacientes tendem a apoiar a ponta do pé durante a marcha. Um dos objetivos para a melhora do

padrão motor é o treino e/ou facilitação do apoio em toda planta, muitas vezes estimulado com o uso de órteses. O vasto repertório de passos do gênero Hip Hop permite a seleção e adequação dos movimentos que favorecem o apoio do calcanhar. E, diferentemente de outras modalidades que utilizam sapatilhas ou pés descalços, o calçado apropriado para essa dança é o tênis com solado plano, o que contribui para evitar a exacerbação do padrão patológico, permite o treino correto da marcha e o uso de órteses durante a atividade.

- As canções do gênero fazem parte do contexto musical apreciado por crianças e adolescentes e esse contato com o repertório gestual e melódico favorece a assimilação das sequências coreográficas. A cada sequência, composta por 8 tempos (passos), são explorados movimentos com os membros inferiores, superiores e tronco, treinados isoladamente para, a seguir, serem executados simultânea e continuamente, de forma coordenada, simétrica e sincrônica com o ritmo. Essa execução pode ser trabalhada, uma vez que as condições e capacidades físicas individuais dos jovens com PC são respeitadas.
- A dança é realizada em grupo e promove a socialização entre os participantes, na medida em que compartilham desafios e realizações, trocam experiências de aprendizado e desenvolvem a criatividade e o senso crítico, vivências importantes para a maturidade pessoal e interpessoal.
- O aprendizado dessa modalidade artística tem como objetivo também a montagem de uma apresentação ao público, fator relevante para a motivação dos participantes. O comprometimento em preparar-se para tal apresentação, desenvolve a autoconfiança e a manifestação de iniciativas de colaboração. Essa experiência promove, ainda, situações efetivas de inclusão social, fator determinante para o bem-estar emocional de jovens com PC, que comumente vivenciam a discriminação e o isolamento social.

Considerando os aspectos citados, antes de se dar início ao estudo foi desenvolvido um método para a prática das aulas de modo a adequá-la às condições e necessidades motoras dessa população. Para que essa adequação ocorresse, a

pesquisadora (fisioterapeuta e dançarina) submeteu-se novamente às aulas de Hip Hop (modalidade integrada atualmente à categoria Danças Urbanas), com o objetivo de aprimorar-se quanto às novas tendências e recursos coreográficos. Essas experiências ocorreram também por meio da participação em oficinas, para atualizar-se quanto às novas técnicas aplicadas às aulas.

Com base nesses estudos e na discussão com a equipe multidisciplinar do AEP considerou-se que as músicas típicas da modalidade, por apresentarem um ritmo acelerado, poderiam comprometer a dinâmica muscular dos indivíduos participantes, provocando-lhes a exacerbação da espasticidade. Nesse caso optou-se por selecionar e editar melodias em versões mais lentas do que as originais, pois os movimentos executados com aceleração geralmente desencadeiam aumento do tônus muscular.

A discussão sobre a relevância desses aspectos observados e a viabilidade de se aplicar a proposta da prática da dança em crianças e adolescentes com PC, contou com a participação da neuropediatra Prof.^a Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos, orientadora deste trabalho, e da fisioterapeuta Larissa Bittar Neves Teixeira, especialista em neurologia.

A Prática de Dança (PD) neste estudo foi definida como a participação e frequência dos alunos nas aulas de dança (AD), modalidade Hip Hop, com possibilidade de apresentação ao público (AP), uma vez que essa experiência é considerada como a consolidação do aprendizado desenvolvido durante as aulas de dança.

3.8.4.2 Aulas de Dança

A aula inaugural foi planejada com o objetivo de proporcionar a integração entre as pessoas convidadas a participar do estudo proposto (alunas acompanhadas de seus pais ou responsáveis) e a fisioterapeuta ministrante das aulas de dança, e de prestar os esclarecimentos e orientações a seguir, sobre a realização do trabalho:

- a) Apresentação da dança como uma forma de expressão artística em que se explora a melodia, o ritmo e o movimento, de modo a produzir efeitos

sobre as condições motora e emocional dos indivíduos, principalmente quando submetidos ao contato continuado com atividades dessa natureza.

- b) Explicação sobre a origem e as características do Hip Hop, apresentando-o como uma das formas de expressão corporal no contexto contemporâneo da dança. Demonstração dos elementos característicos: linhas rítmica e melódica, vestuário, repertório gestual, e discussão sobre os benefícios primários e secundários promovidos pelos movimentos característicos da modalidade.
- c) Explicação sobre a dinâmica das aulas e orientações gerais em relação à participação efetiva dos alunos. Oportunidade para que cada participante se apresentasse aos demais e comentasse se houve ou não contato anterior com essa forma de expressão e expusesse as suas expectativas e interesses em participar da atividade.

As AD na modalidade Hip Hop foram organizadas para realização aos sábados pela manhã, com previsão de duração de duas horas, desenvolvidas pela fisioterapeuta e dançarina, autora desta dissertação. Durante o período do estudo, conforme os encaminhamentos aconteceram, os horários da PD foram subdivididos em três períodos com um hora de execução para cada período, considerando-se a homogeneidade dos participantes por idade e contato com a dança. As crianças e adolescentes foram orientados a participarem das aulas com uso de tênis e de órteses, quando já utilizadas por esses pacientes. Todos os participantes encaminhados receberam as orientações e informações repassadas na aula inaugural, e receberam um CD com músicas do gênero proposto para o treino individual em casa das coreografias desenvolvidas, assim como ocorreu com os demais integrantes. As etapas das aulas tiveram como base a estrutura convencional de aulas típicas da modalidade, considerando-se as necessidades da população e de adaptação para a execução destas. As etapas aconteceram da seguinte forma:

- **Aquecimento em grupo:** foram realizados movimentos simples para proporcionar uma mobilidade global (cabeça, tronco, membros superiores e inferiores), com elevação da temperatura corpórea, a fim de preparar a musculatura para o alongamento. Nesse momento foi iniciado o trabalho de reconhecimento e conscientização corporal, de modo que a aceitação do corpo também fosse trabalhada, bem como

a diminuição da negligência com os membros comprometidos pela PC. Na sequência, passos de Hip Hop foram demonstrados e ensinados para que os participantes os executassem, considerando-se as necessidades motoras desses pacientes. Deu-se preferência aos passos que exigiam maior apoio do calcanhar e mobilidade de tronco, com movimentos isolados das cinturas pélvicas e escapular. Foram realizados também passos de “solo” da modalidade, os quais exigem apoio dos quatro membros no chão, alternada e simultaneamente, com vistas ao treino de transferência do peso corporal sobre esses membros, em associação a outros movimentos.

- **Alongamento global:** O alongamento muscular foi realizado preferencialmente de forma ativa, abordando globalmente as cadeias musculares e, quando necessário, com o auxílio da professora para o posicionamento e execução adequados. O tempo de alongamento para cada músculo ou grupo muscular foi de 30 segundos. Optou-se por padronizar um tempo de alongamento muscular maior do que o executado em uma aula convencional de dança, de modo a garantir efetividade no aumento do comprimento das fibras musculares com presença de hipertonia muscular e prevenir lesões musculares durante a execução da aula.
- **Composição coreográfica:** essa etapa constituiu-se da execução de sequências de passos para construção de coreografias, solicitando aos componentes do grupo concentração para o treino da memória e da coordenação motora, associados ao acompanhamento da cadência rítmica, de modo a favorecer a percepção da musicalidade.
- **Improvisação:** nessa etapa da aula a música foi oferecida para que os componentes dançassem executando os movimentos de acordo com seu próprio repertório corporal, de modo a expressar instintivamente suas habilidades psicomotoras e exercer a criatividade.
- **Relaxamento:** o término da aula contou com o alongamento global intensificado e exercícios para relaxamento corporal favorecendo a que o tônus muscular se aproximasse do estado de repouso. Considerou-se que nesses pacientes, mesmo durante o repouso, o tônus se mantém aumentado devido à espasticidade. Portanto, nesse momento

foram utilizadas também posturas que favorecem a inibição dessa espasticidade.

3.8.4.3 *Formação das turmas*

a) Primeira turma

A composição dessa turma ocorreu na aula inaugural, em 21 de abril de 2007, com o encaminhamento de 5 adolescentes, com faixa etária entre 12 e 17 anos. As AD ocorreram aos sábados, no período da manhã, inicialmente entre 10h e 12h. As AD foram realizadas com base no modelo descrito. O trabalho de conscientização e reconhecimento corporal tornou-se o primeiro desafio decorrente da resistência das participantes a se olharem no espelho e experimentarem os passos propostos. Na medida em que as participantes passaram a se reconhecer foi dada ênfase aos passos de Hip Hop, que trabalham a mobilidade de tronco e quadril, a simetria corporal, o equilíbrio e a coordenação motora. Estimuladas pela cadência rítmica bem marcada, característica da modalidade, as integrantes, gradativamente se perceberam aptas a executar uma sequência de oito passos, estrutura com base na qual se constituíram as composições coreográficas. O improviso foi também incentivado como forma de debelar a resistência decorrente da timidez, perfil comum à maioria dos participantes. As adolescentes foram orientadas a repassar os passos ensinados em casa, utilizando o CD fornecido pela professora, o que lhes permitiu dar continuidade ao treino da coordenação motora, da memória e da concentração facilitando o aprendizado proposto.

Das cinco adolescentes que participaram da aula inaugural, uma frequentou 9 aulas e abandonou a PD por motivo de gravidez. Outra participou de 23 aulas, porém abandonou a PD por motivo de mudança repentina de endereço (cidade) e não respondeu o segundo questionário. Duas frequentaram as aulas com assiduidade, porém não responderam adequadamente o segundo questionário e por esse motivo foram excluídas do estudo. (uma frequentou 40 aulas e a outra frequentou 50 aulas) Outra aluna participou da aula inaugural e retornou somente no ano de 2008, frequentou 21 aulas e foi considerada para o GE.

Duas adolescentes foram encaminhadas em outubro de 2007 e participaram da PD com assiduidade. Uma frequentou 24 aulas e a outra 31 e foram consideradas para o GE.

Seis adolescentes do gênero feminino e dois adolescentes do gênero masculino foram encaminhados no ano de 2008. Das adolescentes, uma compareceu à primeira aula e não continuou por motivo de o horário ser incompatível com seus compromissos de catequese; e a outra compareceu à primeira aula e foi encaminhada para outra turma com integrantes de menor faixa etária, pois poderia se adaptar melhor ao grupo considerado ideal em relação à maturidade e constituição física. Outra frequentou 3 aulas e depois abandonou a PD e o contato não foi possível. Três participaram da aula inaugural e frequentaram as aulas posteriormente sendo que uma participou de 22 aulas e foi considerada para o GE e as outras duas tiveram o questionário invalidado por preenchimento incompleto - uma participou de 17 aulas e a outra de 23. Dos adolescentes, um participou de 9 aulas, porém não pode dar continuidade por dificuldades de transporte e acompanhamento, e o outro participou de três aulas e não pode mais frequentá-las por motivo de trabalho.

Outras duas adolescentes foram encaminhadas para participarem das aulas a fim de obterem benefícios com a atividade, porém, sem o objetivo de fazerem parte da amostra, pois não tinham o diagnóstico de PC. Ao todo, 17 adolescentes participaram das AD, 15 para formação da amostra, 10 permaneceram e participaram da apresentação ao público (AP), dentre as quais 5 foram consideradas para o GE.

Foi possível observar, no transcorrer da PD, que as integrantes não só demonstraram maior aceitação de sua imagem como passaram a ter hábitos de vaidade e mais atenção ao cuidado pessoal.

b) Segunda turma

Em outubro de 2007, com base nos mesmos critérios de inclusão, foram encaminhados 6 pacientes do gênero masculino, com faixa etária entre 7 e 8 anos; e 4 do gênero feminino, com faixa etária entre 6 e 17 anos. As participantes com 17 e 11 anos foram inseridas na primeira turma e os demais, oito novos integrantes, formaram a segunda turma, considerando a homogeneidade em relação à faixa etária. As aulas da segunda turma ocorreram no mesmo local, também aos sábados pela

manhã, durante o período de uma hora e meia, das 9h às 10h30 horas. O horário da primeira turma passou a ser das 10h30 às 12h.

A dinâmica das aulas seguiu o modelo já apresentado. A turma se caracterizou por apresentar integrantes menos tímidos, se comparados aos da primeira, e também mais ativos, traço comum à faixa etária. Em decorrência desse comportamento, as execuções propostas foram bem assimiladas pela maioria e realizadas com entusiasmo. O improviso e os movimentos realizados no solo, com apoio dos quatro membros (superiores e inferiores), foram desde o início da PD bem aceitos e explorados. A execução desses movimentos foi associada aos passos técnicos e coreografados, o que permitiu trabalhar a simetria corporal e a mobilidade de tronco e quadril segundo o ritmo do gênero proposto. Durante as aulas o grupo demonstrou maior capacidade de concentração e memorização em relação ao primeiro. Os CDs foram entregues da mesma forma para o treino individual em casa.

Das oito crianças que compuseram a turma inicialmente, seis do gênero masculino deram continuidade à PD, por períodos distintos. Uma frequentou onze aulas e não pode mais comparecer por motivo de problemas de saúde da mãe; outra frequentou 3 aulas e abandonou-as por falta de interesse; outras duas frequentaram 31 aulas e foram consideradas para o GE; outra, embora tenha frequentado 26 aulas, foi excluída da amostra por apresentar condições de participação adversas aos parâmetros propostos na análise. O integrante apresentava déficit auditivo e fazia uso de aparelho que, em decorrência da sonoridade do ambiente, causava-lhe desconforto e restringia a compreensão das orientações e, por vezes, a percepção da música executada e a permanência na sala. No entanto, essas condições não inviabilizaram a integração da criança e de sua mãe às demais vivências relacionadas à PD; outra criança frequentou 11 aulas e abandonou as AD por falta de interesse. As duas crianças do sexo feminino compareceram à primeira AD e não retornaram: uma por frequentar a catequese no mesmo horário da PD, de modo que foi considerada para o GE; e a outra por apresentar comportamento instável e ser bastante dispersiva, fatores que lhe restringiam a compreensão e o acompanhamento das solicitações e a interação com o grupo.

Em 2008 foram encaminhadas 4 crianças do sexo masculino, as quais participaram da primeira aula e mantiveram, por períodos distintos, a participação na PD. Uma participou de 9 aulas e depois abandonou a PD por não ter alguém com disponibilidade para levá-la; outra frequentou 10 aulas, porém abandonou as AD por

apresentar dificuldades de adaptação e por falta de interesse; outra frequentou 25 aulas, mas foi excluída do GE por preenchimento inadequado do questionário, invalidando a avaliação; outra, que iniciou a PD na terceira turma, foi convidada a participar também desta por apresentar bom desempenho e capacidade de acompanhar as crianças inseridas na PD há mais tempo. Compareceu a 9 aulas, porém não foi considerada para o GE por frequentar menos de dois meses de AD.

Nesta turma 12 crianças participaram das AD, 5 permaneceram e participaram da AP, dentre as quais 2 foram consideradas para o GE.

Foi possível observar no transcorrer da PD que a interação entre os integrantes desta turma se fez presente até mesmo nos momentos que antecederiam o início da aula, pois criavam brincadeiras e se envolviam com naturalidade em outras atividades.

c) Terceira turma

Os encaminhamentos subsequentes à PD realizados no ano de 2008 permitiram a formação da terceira turma, observando-se, como nas demais, a homogeneidade em relação à idade e às habilidades a serem desenvolvidas.

Onze crianças compuseram essa turma e, em sua maioria, apresentavam desatenção. A dinâmica das aulas ocorreu segundo o modelo já descrito e foi enfatizado o aquecimento como estratégia para trabalhar a conscientização corporal e a percepção musical das diferentes linhas melódicas e rítmicas típicas da modalidade.

Dentre os componentes dessa turma, dois - um do gênero masculino, e outro, do gênero feminino - abandonaram a PD por falta de interesse e dificuldade de adaptação. Dois frequentaram as AD e foram excluídos da amostra por preenchimento inadequado dos questionários: um, do gênero feminino, compareceu a 13 aulas; e o outro, do gênero masculino, a 14 aulas. Outras duas crianças, do gênero masculino, frequentaram 14 aulas e foram consideradas para o GE. Outra, do gênero masculino, frequentou 9 aulas e abandonou a PD por dificuldade de adaptação e foi considerada para o GC. Outra, do gênero feminino, que já havia frequentado a primeira aula na turma das adolescentes, compareceu a 2 aulas e abandonou a PD por falta de interesse e foi considerada para o GC. Outra, frequentou 9 aulas nesta e na segunda turma, porém não foi considerada para o GE por frequentar menos de dois meses de aula.

Três crianças com idade abaixo de seis anos - uma do gênero masculino e duas do gênero feminino - foram encaminhadas com diagnóstico de PC para participarem da PD nesta turma, porém não compuseram a amostra por inadequação aos critérios de inclusão. Ao todo, 12 crianças participaram da PD, 6 participaram da AP, dentre as quais 2 foram consideradas para o GE.

Todas as crianças e adolescentes encaminhados que permaneceram na PD participaram da AP. Porém, os que tiveram os questionários invalidados ou não se inseriam nos critérios de inclusão, não foram considerados para o GE e/ou GC.

A maior parte dos integrantes correspondeu com disciplina e comprometimento à necessidade de organização das turmas e das etapas das AD. Em alguns momentos durante a PD conversas com as crianças e adolescentes se fizeram necessárias, abordando temas como: sexualidade, vida escolar e cooperação em grupo, os quais surgiram em decorrência do interesse dos participantes por esses assuntos ou de situações por eles vivenciadas. Frequentemente ocorreram conversas/reuniões com os pais a fim de a professora informá-los sobre o cronograma de atividades e esclarecer os procedimentos a serem desenvolvidos, conforme as necessidades.

Em decorrência do interesse e da motivação dos indivíduos que permaneceram na PD e compuseram as três turmas, o grupo foi denominado “Guerreiros do Hip Hop”, de modo a lhes atribuir uma identidade artística. A opção por esse nome contou com a participação de todos os integrantes, que deram sugestões e opinaram a respeito dessa escolha. O nome escolhido, derivou de uma sugestão do paciente Matheus Kreling, com PC tetraespástica, não participante do grupo. Esse jovem intitulou-se um guerreiro em razão de todas as superações por ele já vivenciadas. Para consolidar essa identidade, foi criada uma logo. As *designers* gráficas Marcelly Baka e Juliane Cavalli se disponibilizaram a elaborar algumas propostas, as quais também foram apresentadas aos integrantes das três turmas, que fizeram a escolha mediante votação.(ANEXO 3).

3.8.4.4 Atividades concomitantes

Durante o desenvolvimento da PD as crianças e adolescentes, assim como seus pais ou responsáveis, participaram de confraternizações referentes a datas

comemorativas. Em comemorações como Páscoa e Dia da Criança foram realizados jogos e gincanas, por meio dos quais os integrantes demonstraram senso de coletividade e comportamento favorável à socialização, o que contribuiu também para a integração do grupo em atividades propostas nas AD.

Nessas ocasiões comemorativas foi possível observar maior disposição física das crianças e adolescentes durante a execução das aulas, de modo que se optou por inserir na rotina das atividades de sábado um breve lanche antes da aula de cada turma. Essa iniciativa motivou os pais a participarem da confecção do cardápio, contribuindo espontaneamente com algum gênero ou se organizando com arrecadações para a compra destes. Essas ações constituíram as primeiras oportunidades de interação entre os pais.

Na medida em que outras necessidades, decorrentes do desenvolvimento da PD, tornaram-se evidentes, os pais decidiram estender os esforços com o objetivo de custeá-las. As necessidades identificadas foram: passagens de transporte para os integrantes e acompanhantes que não possuíam o benefício de isenção tarifária; vestuário adequado para o melhor desempenho nas aulas; colchonetes para as execuções realizadas no chão durante as AD; e músicas gravadas em CDs para o treino dos integrantes em casa. Para tanto, os pais promoveram ações, como rifas e bazar realizado no espaço destinado à PD. A segunda turma, composta por crianças, caracterizou-se por contar com maior iniciativa e mobilização dos pais.

Em relação às atividades realizadas para ampliar as vivências culturais dos integrantes, foi organizada visita a exposições no Museu Oscar Niemeyer e participação em contação de histórias nas Livrarias Curitiba® - Shopping Barigui. Foi possível observar, no transcorrer dessas experiências, que os participantes demonstraram prazer e curiosidade e passaram a expressar suas preferências sobre os elementos artísticos observados e a argumentar suas opiniões.

Foi organizado também um horário em que todos assistiram juntos ao filme *You Got Served*, para que as crianças e adolescentes conhecessem a realidade de um grupo de dançarinos comprometidos com a qualidade de sua arte e com fatores sociais relevantes. Observando as abordagens e situações vivenciadas pelos personagens puderam compreender por que a postura e o gestual impactantes, ágeis e comunicativos do Hip Hop, assim como os passos coreográficos bem definidos, as alternâncias rítmicas e os improvisos, constituem também uma maneira de expressar emoções e posicionamentos.

Durante as AD alguns aspectos no comportamento dos participantes foram observados, tais como:

- a) Alterações bruscas de humor (irritabilidade e amabilidade excessivas), desânimo, impaciência, distração, baixa autoestima, timidez e acomodação.
- b) Perspectivas limitadas de suas potencialidades de atuação no contexto social, referindo-se principalmente à formação, educação, construção familiar e sexualidade. Por vezes, na visão dos pais ou responsáveis, a falta de perspectivas e credibilidade em relação à própria vida e à de seus filhos eram evidentes. A ausência de diálogo no âmbito familiar sobre esses aspectos era relevante e intensificava esses posicionamentos.

Diante dessas evidências, considerou-se relevante a ideia de inserir atividades com abordagens e orientações direcionadas aos pais, em horários concomitantes às aulas de dança, o que contribuiria para o bem-estar tanto dos familiares quanto dos participantes, proporcionando-lhes um momento para externarem suas vivências e expectativas referentes a situações de âmbito familiar e social. Em abril de 2008, esse contexto foi apresentado em conversa à neuropediatra Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos, orientadora deste estudo e coordenadora do Programa de Extensão “Semeando Inclusão Social-UFPR”. Observou a coordenadora que a necessidade de implementar essas atividades iria ao encontro das intenções do AEP de desenvolver um grupo de pais com o apoio da equipe de neuropsicologia do CENEP. A partir de abril de 2008, o grupo de dança passou a contar com alunas bolsistas da UFPR, duas do curso de Psicologia, Krícia Fernandes e Luciana Scape, e uma de Terapia Ocupacional, Paloma Hohmann Poier, as quais conduziram, respectivamente, trabalhos com grupos de pais, sob supervisão da Neuropsicóloga Ana Paula de Pereira; e atividades com os alunos para promover autonomia em situações da vida diária, sob supervisão da Terapeuta Ocupacional Marilene Puppi, ambas as supervisoras do CENEP. A atividade escolhida pela aluna foi a orientação aos participantes para o devido manuseio dos utensílios durante o café da manhã, servido nos 20 minutos antecedentes à PD, a fim de desenvolverem habilidades que correspondessem às suas necessidades cotidianas. A aluna também se disponibilizou a auxiliá-los durante as AD, principalmente aqueles com maior dificuldade motora. Os grupos de pais aconteciam nos horários em que os participantes iniciavam o café da manhã e, posteriormente, participavam das aulas de dança. Esse modelo de

atividades propiciou a criação e oficialização do Projeto de Extensão denominado Dança e Movimento, vinculado ao Programa de Extensão Semeando Inclusão Social-UFPR, o qual abrangia demais projetos com o objetivo de oferecer às crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral uma vida social produtiva, de modo a desenvolverem suas competências e habilidades na vida escolar, no trabalho, no ambiente familiar e nas formas de lazer.

3.8.4.5 Apresentação ao público

Tendo em vista que o aprendizado obtido por meio de AD proporciona a aquisição e o domínio de novas habilidades psicomotoras e artísticas, as apresentações ao público são consideradas práticas de dança que consolidam esse aprendizado. Portanto, foi programada a realização de uma AP, com base no envolvimento e habilidades dos participantes, constatados durante as AD.

A ideia de se realizar uma apresentação ao público foi se confirmando na medida em que se constatavam as conquistas obtidas pelas crianças e adolescentes durante a PD. Essa possibilidade se tornou real uma vez que, em junho de 2008, por intermédio da pianista paranaense, Sra. Henriqueta Duarte, colaboradora do projeto Música e Cognição do Programa Semeando Inclusão Social, a Fundação Cultural de Curitiba concedeu gratuitamente o Teatro Londrina para a realização do evento, agendado para 5 de novembro de 2008. Essa confirmação foi recebida com grande entusiasmo pelas crianças, adolescentes e seus pais, assim como pelos profissionais e voluntários atuantes no projeto Dança e Movimento.

A professora contou com a colaboração dos pais e deu início ao planejamento de execução considerando os aspectos: definição de título e temas de abordagem; composição das coreografias; edição musical; elaboração do roteiro de apresentação; composição do cenário; produção do vídeo institucional; verificação de materiais de suporte técnico (projetor de imagem e telão); elaboração e impressão de convites e *folders* para divulgação; confecção de figurinos; mobilização de profissionais: iluminador, apresentador, assistente de palco, fotógrafo, maquiador e cabeleireiro.

Em reunião, que contou com a participação de voluntários, colaboradores e demais participantes do Projeto, foram discutidos os meios e recursos necessários à viabilização do evento. Essas contribuições referiram-se às ações a seguir:

a) Definição de título e temas secundários

Em reunião com os pais, crianças e adolescentes, a professora expôs a canção *Where is the love?* de autoria do grupo musical americano *Black Yead Peace*. A composição expressa questionamentos a respeito de atitudes que comprometem as relações humanas e desencadeiam conflitos, os quais poderiam ser evitados ou dissolvidos por meio do amor à verdade e à paz entre os seres. Por apresentar questões relevantes da atualidade e presentes em várias sociedades, a canção obteve repercussão internacional e tornou-se uma das mais representativas do Hip Hop, com abordagem, melodia e ritmo fiéis às características do gênero.

Com base nessa representatividade, considerou-se *Onde está o amor?* como título da apresentação. Os temas das coreografias sinalizariam que, nas relações cotidianas, é possível reconhecer atitudes comprometidas com esse questionamento, para o resgate de uma vida mais plena.

Segundo os pais, crianças e adolescentes e demais profissionais da PD, era possível identificar, no âmbito das atividades desenvolvidas no projeto Dança e Movimento, desafios, comportamentos e sentimentos relacionados ao que propõe a reflexão expressa no tema central. Com base nessa constatação, a professora elaborou os temas secundários a serem abordados nas coreografias: *Expressão, Confiança, Atitude, Alegria, Interação, União e Harmonia*, as quais constituíram o roteiro de apresentação.

b) Elaboração de coreografias

As execuções coreográficas foram desenvolvidas para contemplar a temática e valorizar as características e habilidades distintas de cada turma. Para a primeira, foram preparadas três execuções, sendo duas inéditas e uma produzida durante a PD. Os movimentos foram treinados de modo a promover a autoconfiança das adolescentes, permitindo-lhes se assegurarem da memorização dos passos, das mobilizações no palco e da sincronia dos movimentos. Para a segunda, as duas execuções, ambas inéditas, foram desenvolvidas explorando-se esses elementos

artísticos e também o improviso, para o qual as crianças integrantes desse grupo revelaram apreciação e habilidade. Para a terceira – integrada pelas crianças com a menor faixa etária, e com características distintas, umas por apresentarem maior comprometimento motor e outras por serem bastante dispersivas – as execuções, também inéditas, contemplaram a espontaneidade e a mobilidade dos integrantes no palco, que interagiram com recursos cênicos em duas coreografias, cada qual representando uma situação do contexto infantil: a sequência que compõe uma aula de dança e as brincadeiras preferidas e compartilhadas.

A coreografia de encerramento do espetáculo contou com a participação sincronizada das três turmas, durante a execução da canção *Where is the love?*, questionamento que inspirou a abordagem temática.

As canções selecionadas para a composição das coreografias foram encaminhadas ao editor musical, a fim de adequá-las às necessidades de cada execução.

c) Elaboração do roteiro e composição dos cenários

Para a produção do roteiro, considerou-se o tema central e os secundários designados às coreografias, conforme descritos anteriormente. Foram elaborados breves textos para introduzir a apresentação de cada coreografia, assim como para a abertura do evento, agradecimentos, exibição do vídeo institucional e homenagens.

Quanto aos recursos cênicos, contou-se com a colaboração da artista plástica Juliane Fuganti, que sugeriu a projeção de um cenário virtual e o emprego de utensílios de baixo custo, para tornar mais acessível a produção do espetáculo. Os elementos cênicos aplicados a cada coreografia – bolas, fones de ouvido e pipas para as crianças, adereços de mão para as adolescentes e as imagens projetadas – auxiliaram na representação dos temas abordados e na atuação dos participantes.

d) Produção do vídeo institucional

Para esclarecer o contexto no qual se inseria o Projeto Dança e Movimento e propostas, foi produzido o vídeo institucional apresentando o Programa de Extensão Semeando Inclusão Social – UFPR.

O público teve a oportunidade de conhecer as atividades desenvolvidas no transcorrer do Projeto Dança e Movimento, com descrições e imagens referentes às PD e às demais iniciativas – grupo de pais, treino de atividades de vida diária e

atividades culturais e de lazer. Por meio do vídeo foi possível constatar o envolvimento das crianças e adolescentes durante as aulas, de pais e profissionais nas demais realizações, incluindo-se o evento. A produção contou com a participação do editor de audiovisual Ricardo Machuca e da aluna do curso de Jornalismo – UPO, Ana Rodovanski.

e) Edição musical, produção audiovisual, sonoplastia, iluminação

O colaborador voluntário e editor musical Ricardo Machuca preparou inicialmente as melodias aplicadas nas AD, para adequá-las às necessidades dos participantes em seus primeiros contatos com o gênero musical. Para a apresentação, ele fez a edição das músicas coreografadas e a edição audiovisual. Disponibilizou-se a acompanhar também os ensaios para prováveis ajustes e assumiu as funções de iluminador e sonoplasta durante o evento.

f) Assistência de palco

Joyce Jansen, psicóloga e dançarina com experiência em Dança Contemporânea e Hip Hop, executou voluntariamente a assistência de palco. Para tanto, a jovem presenciou aulas e ensaios, de modo a conhecer as ações de palco e de bastidores necessárias ao bom desempenho das crianças e adolescentes durante o espetáculo.

g) Confeção de figurino

No gênero de dança Hip Hop, o vestuário é considerado um dos elementos de identificação do artista e um componente coreográfico, conceito que a fisioterapeuta vivenciou em sua experiência como dançarina, o que lhe permitiu elaborar modelos de acordo com as tendências vigentes, os quais foram confeccionados pela costureira Ada Oliane, a preços acessíveis.

h) Narração e apresentação

A narração do vídeo institucional e a apresentação do evento foram realizadas voluntariamente pelo professor e coordenador de ensino de línguas estrangeiras Rodrigo Xavier Teles, o qual se dispôs a acompanhar o processo de composição do roteiro e cenário e a participar dos ensaios.

i) Elaboração e impressão de convites e *folders*

As *designers* gráficas Juliane Cavalli e Vanessa Rocha voluntariamente executaram a arte dos convites e *folders* apresentando a programação do espetáculo, para a divulgação deste. (Anexos 7 e 8). A Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, que no transcorrer da PD disponibilizou o transporte dos participantes nas atividades culturais, fez a impressão gratuita desse material.

j) Divulgação, produção visual e fotografia

Familiares dos participantes acompanharam a mobilização para o evento e se colocaram à disposição. Francisca Rodovanski, mãe de menino integrante da segunda turma, ofereceu-se para a divulgação e entrega dos convites; Ana Rodovanski, aluna do curso de Jornalismo – UPO e irmã do participante, colaborou na produção do vídeo institucional e na seleção de imagens para a composição do cenário virtual; Miguel Antonio Amaral, pai de adolescente integrante da primeira turma, realizou voluntariamente o registro fotográfico da apresentação.

k) Cabeleireiros e maquiadores

A caracterização dos participantes como protagonistas de um evento de dança é também um importante componente nas experiências artísticas desse gênero e momento de valorização de suas atuações. Profissionais do Salão *Princes Hair®* disponibilizaram-se para que os Guerreiros do Hip Hop vivenciassem esse cuidado. Para tanto, contou-se com a solicitação da fisioterapeuta e colaboradora Larissa Bittar Neves Teixeira.

l) Apoios

A produção do espetáculo contou com as ações de participantes do Projeto Dança e Movimento, colaboradores e voluntários; com a disponibilização de instituições: Fundação Cultural de Curitiba (Teatro Londrina), Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus e Salão de Beleza *Princess Hair®* (serviços), Laboratório Allergan® (apoio financeiro); e com auxílio financeiro da neuropediatra Prof.^a Dra. Lúcia Coutinho dos Santos e do empresário Roberto Linhares Porto. As contribuições financeiras foram destinadas: à contratação de suporte técnico (*data show* e telão); ao pagamento de direitos autorais (Ecade) e de confecção dos figurinos; e à aquisição de materiais cenográficos e tecidos (figurinos).

m) Ensaios

Em 03 de novembro de 2008, data correspondente a dois dias antes da apresentação, foi realizado no Teatro Londrina, durante o período da manhã, entre 9h e 12h, o primeiro ensaio geral, conforme agendamento prévio. Os alunos compareceram pontualmente, acompanhados de seus pais ou responsáveis, seguindo o cronograma entregue anteriormente pela professora, com esclarecimentos e informações a respeito dos preparativos e compromissos referentes à apresentação.

A realização desse ensaio foi planejada de modo a contemplar os pré-requisitos para uma apresentação de dança – marcação e passagem de palco – e a familiarizar os participantes com os demais espaços, recursos e ações pertinentes ao ambiente teatral: camarins, *backstage*, cabine técnica de som e luz, panos de fundo, disposição de elementos cenográficos e plateia. Durante esse primeiro contato, os participantes mostraram-se bastante curiosos, eufóricos, observadores e, à medida que atendiam as instruções, passaram a reconhecer a funcionalidade e a importância dessas experiências. As coreografias e os posicionamentos foram repassados a contento e no tempo previsto. Para tanto, a professora contou com a colaboração do editor musical e operador de som, Ricardo Machuca.

Em 05 de novembro de 2008, dia da apresentação, foi realizado no Teatro Londrina o segundo ensaio geral, programado para início às 14h, tendo em vista assegurar a sincronia das execuções coreográficas com os elementos que constituem o suporte técnico do evento: som, narração, projeção de imagens, iluminação, posicionamento e movimentação no *backstage* e assistência de palco. Nessa ocasião, os participantes, uma vez familiarizados com o ambiente e cientes das ações previstas, demonstraram segurança e comprometimento ao executá-las, contribuindo para o alcance dos objetivos propostos. Foram realizados os necessários ajustes técnicos e, para tanto, a professora contou com a colaboração do narrador Rodrigo Teles, do editor musical e operador de imagem, luz e som Ricardo Machuca, e da assistente de palco Joyce Jansen, a qual colaborou também nos cuidados com a alimentação dos Guerreiros nessa ocasião.

Após o término do ensaio, as crianças e adolescentes passaram por momentos de relaxamento e descontração. Demonstraram seu contentamento em face das experiências vivenciadas até então e da expectativa pela realização do espetáculo. A seguir, conforme cronograma, dirigiram-se aos camarins a fim de se prepararem para a apresentação: vestiram o figurino referente aos primeiros números,

com o auxílio dos pais quando necessário, e, na sequência, foram maquiados e penteados pelos profissionais do Salão de Beleza *Princess Hair®*, compondo desse modo a devida caracterização como protagonistas do evento, em clima de alegria e comprometimento. Momentos antes da apresentação, as últimas orientações foram repassadas e foi realizada uma concentração com o grupo para que todos estivessem tranquilos. Para tanto, a professora e fisioterapeuta contou com a colaboração das alunas de psicologia e terapia ocupacional da UFPR atuantes no Projeto.

n) O Espetáculo

Em 05 de novembro de 2008, portanto, o apresentador, Rodrigo Teles, abriu o espetáculo pontualmente às 19h, dirigindo-se a uma plateia repleta de convidados, constituída pelo corpo clínico do CENEP, pelos pais, familiares e amigos dos participantes e colaboradores e por profissionais da dança. O público prestigiou o espetáculo trajando-se com o devido requinte para a ocasião. Por meio do pronunciamento da professora/fisioterapeuta e da apresentação do vídeo institucional, os convidados tiveram a oportunidade de conhecer a natureza do Projeto Dança e Movimento e das atividades desenvolvidas pelos Guerreiros do Hip Hop, e dos demais projetos constituintes do Programa de Extensão Semeando Inclusão Social da UFPR. Após os esclarecimentos, o apresentador conduziu as apresentações, por meio das quais o público pôde constatar a desenvoltura das crianças e adolescentes ao exibirem suas habilidades, com técnica e entusiasmo. Os números artísticos ocorreram de acordo com a sequência prevista e possibilitaram ao público acompanhar as reflexões acerca dos temas *Expressão, Confiança, Atitude, Alegria, Interação, União e Harmonia*, por meio dos quais se buscam possíveis respostas ao questionamento *Onde está o amor?*, tema central do espetáculo.

Após a execução do roteiro previsto, o público foi convidado a subir ao palco para participar do momento final de encerramento ao som de melodias no gênero e temática apresentados, confraternizando-se com os dançarinos. Foram realizadas homenagens à professora condutora das atividades e à neuropediatra Prof.^a Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos, coordenadora do Programa Semeando Inclusão Social - UFPR.

Participaram dessa experiência 20 alunos que frequentavam da PD, dentre eles todos os componentes da amostra assim como os indivíduos excluídos por não terem frequentado o tempo mínimo estipulado, ou por não apresentarem o

preenchimento dos questionários aplicados no presente estudo, ou por os terem preenchido de maneira inadequada.

O DVD do Espetáculo *Onde está o Amor?* consta disponível em anexo.

3.8.4.6 *Fechamento da PD*

Em 29 de novembro de 2008 realizou-se, na Sociedade Hípica Paranaense, no espaço destinado à PD, uma confraternização para o encerramento das atividades. Participaram alunos, pais ou responsáveis, voluntários e demais profissionais do Projeto Dança e Movimento – fisioterapeuta, alunas de psicologia e terapia ocupacional e colaboradores. As crianças e adolescentes participaram de jogos e brincadeiras e receberam presentes de Natal, doados em campanha realizada no CENEP.

Nessa ocasião, a professora e fisioterapeuta condutora do Projeto fez os agradecimentos aos profissionais, alunas e colaboradores voluntários pela participação efetiva nos trabalhos desenvolvidos; aos pais e responsáveis pelo envolvimento nas propostas; e aos alunos pelo comprometimento nas atividades, as quais resultaram no desenvolvimento do projeto e na satisfação de demonstrar as conquistas em bem sucedida apresentação.

3.8.5 Atribuição de Fatores e Escores

Foram estabelecidos pela autora fatores que poderiam influenciar o desempenho de cada integrante nas atividades propostas, no intuito de relacionar essas considerações às análises do estudo. Para tanto, considerou-se as observações da professora/fisioterapeuta, condutora das aulas, durante o período de participação dos integrantes na PD. De acordo com as características apresentadas pelos participantes, foram elaborados pela autora escores classificatórios para quatro fatores:

- Concentração (Capacidade de convergir e manter a atenção aos comandos e às práticas durante as aulas.) : escore 1: muito desconcentrado; escore 2: pouco desconcentrado; escore 3: concentrado; escore 4: muito concentrado;
- Segurança (Autoconfiança ao receber e praticar os comandos das aulas independentemente da habilidade apresentada.): escore 1: muito inseguro, escore 2: pouco inseguro; escore 3: seguro; escore 4: muito seguro;
- Aptidão (Habilidade e qualidade de execução na prática da dança.): escore 1: pouca aptidão, escore 2: apresenta aptidão; escore 3: muita aptidão;
- Participação (Capacidade de partilhar e de se envolver nas atividades realizadas na prática da dança.): escore 1: pouco participativo, escore 2: participativo; escore 3: muito participativo.

3.8.6 Materiais Utilizados

Para execução das aulas:

- ☐ Aparelho de som Phillips® AZ 1836B;
- ☐ Programas para cortes e emendas musicais;
- ☐ Computador com gravador de CD;
- ☐ Espelho para visualização dos movimentos executados;
- ☐ Ambiente amplo para permitir os movimentos e coreografias em grupo;
- ☐ Colchonetes e
- ☐ Vestuário adequado para a realização dos movimentos (calça e blusa maleáveis, prendedores de cabelo, tênis e órtese quando já utilizada pelo paciente).

Para a realização do espetáculo:

- ☐ Anfiteatro;

- Projetor (*Data Show*);
- Telão para projeção de imagens de cenário, vídeo institucional e logo;
- Figurino e maquiagem para os participantes da amostra;
- Cabine de som e iluminação e
- *Folders* de divulgação e convites.

3.9 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Os dados a seguir foram tabulados e repassados para a planilha de dados do Microsoft Excel®:

- Frequência dos participantes às aulas de dança;
- Quantidade de ensaios realizados em casa (verificada semanalmente);
- Classificação topográfica;
- Nível no sistema de classificação da função motora grossa – SCFMG;
- Escores obtidos com base na correção dos questionários IARRP e CBCL adequadamente preenchidos;
- Demais variáveis dependentes e independentes do estudo.

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a comparação entre os grupos em relação às variáveis quantitativas do estudo, foi considerado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para a comparação dos momentos de avaliação (antes e depois) dentro dos grupos, foi considerado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Para avaliação da associação entre as variáveis quantitativas ou ordinais foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman. Para essa análise foi calculada a diferença entre os valores obtidos no M2 e no M1 dos itens nos questionários IARRP e CBCL no GE. Essa diferença foi denominada “ganho” ou “perda” a ser interpretado nas correlações com as demais variáveis quantitativas. Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistica v.8.0®*. Para todos os testes foi considerado o nível de significância estatística ($p \leq 0,05$)

3.11 ÉTICA EM PESQUISA

O estudo teve início após a aprovação do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da UFPR, registro: 2145.040/2010-02, CAAE: 0035.0.208.000 (Anexo 4). Registro no Banco de Pesquisa: 2010024196 (Anexo 5). Os responsáveis pelas crianças e adolescentes, que concordaram com a participação destes no estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, ao responderem o primeiro questionário aplicado (Anexo 6).

4 RESULTADOS

4.1 AMOSTRA INICIAL

Compuseram a amostra 39 crianças e adolescentes encaminhados do AEP do CENEP. As atividades foram iniciadas em 21 de abril de 2007, com a Aula Inaugural. Houve 21 perdas por diferentes motivos, tais como: desinteresse, falta de condutor/acompanhante (pais ou responsável), gravidez, mudança para outra cidade, compromissos com trabalho ou catequese e preenchimento inadequado dos questionários, razões pelas quais as participações foram interrompidas.

4.2 COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS

O GE e o GC foram compostos de acordo com os critérios de inclusão, com base na aceitação ou não dos indivíduos a participarem e/ou permanecerem na PD proposta.

4.2.1 Grupo de Estudo

As crianças e adolescentes que aceitaram participar do estudo foram submetidos à PD, porém, ao longo do processo, houve perdas ocasionadas por abandono às aulas, ou por respostas incompletas ou inadequadas aos questionários, o que os invalidou. Após a análise dos dados válidos para o estudo, foram consideradas 9 crianças e adolescentes para compor o GE.

A distribuição do GE referente ao sexo, raça, escolaridade, classificação topográfica e sistema de classificação da função motora grossa estão apresentados na (Tabela 1).

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DO GRUPO DE ESTUDO EM RELAÇÃO AO SEXO, RAÇA, ESCOLARIDADE, CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	n
Sexo	Feminino	4
	Masculino	5
Raça	Branca	5
	Negra	4
Escolaridade	1ª - 4ª Série	4
	5ª - 8ª série	3
	Ensino Médio	2
Classificação Topográfica	Hemiplegia	8
	Diplegia	1
Sistema de Classificação da Função Motora Grossa	I	8
	II	1

FONTE: O autor (2014)

A distribuição do GE referente à idade, renda *per capita*, período em meses entre aplicação dos questionários IARRP, período entre aplicação dos questionários CBCL e o número de aulas realizadas estão apresentados na tabela 2.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDO EM RELAÇÃO À IDADE, RENDA PERCAPITA, INTERVALO ENTRE OS QUESTIONÁRIOS E AULAS REALIZADAS

VARIÁVEL	MEDIANA	MIN – MÁX
Idade	11,5	7,75 - 17,9
Renda Per Capita	240,0	150,0 - 800,0
T ENTRE Q IARRP (meses)	7,0	3,0 - 11,0
T ENTRE Q CBCL (meses)	7,0	3 - 15,0
AULAS REALIZADAS (IARRP)	21,0	8,0 - 30,0
AULAS REALIZADAS (CBCL)	21,0	12,0 - 32,0

FONTE: O autor (2014)

NOTA: DP - desvio padrão; T – tempo; Q - questionário

4.2.2 Grupo Controle

Nove crianças e adolescentes atendidas no AEP do CENEP, selecionadas conforme os critérios de inclusão, não tiveram interesse ou disponibilidade em participar ou dar continuidade à PD e foram consideradas para o GC. Duas crianças chegaram a frequentar respectivamente 3 e 9 aulas, e as outras não participaram da PD.

A distribuição do GC referente ao sexo, raça, escolaridade, classificação topográfica e sistema de classificação da função motora grossa estão apresentados na tabela 3.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS DO GRUPO CONTROLE EM RELAÇÃO AO SEXO, RAÇA, ESCOLARIDADE, TOPOGRAFIA E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	n
Sexo	Feminino	4
	Masculino	5
Raça	Branca	5
	Negra	4
Escolaridade	1ª - 4ª Série	5
	5ª - 8ª série	4
Classificação topográfica	Hemiplegia	5
	Diplegia	4
Sistema de Classificação da Função Motora Grossa	I	3
	II	6

FONTE: O autor (2014)

A distribuição do GC referente à idade, renda *per capita*, período em meses entre a aplicação dos questionários IARRP, período em meses entre a aplicação dos questionários CBCL são apresentados na tabela 4.

TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS DO GRUPO CONTROLE EM RELAÇÃO A IDADE, RENDA *PER CAPITA*, TEMPO ENTRE APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS IARRP E CBCL EM MESES

VARIÁVEL	MEDIANA	MIN – MÁX
Idade (meses)	8,8	7,5 - 14,8
Renda <i>Per Capita</i> (reais)	200,0	100,0 - 400,0
T ENTRE Q IARRP (meses)	13,0	5,0 - 14,0
T ENTRE Q CBCL (meses)	13,0	5,0 - 14,0

FONTE: O autor (2014)

NOTA: DP - desvio padrão; T – tempo; Q - questionário

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS

4.3.1 Comparação entre os grupos em relação aos dados gerais

A análise estatística dos dados descritivos demonstram homogeneidade entre os grupos de estudo e controle, em relação às variáveis: sexo, idade, renda *per capita*, raça e classificação topográfica (Tabelas 5, 6, 7, 8 e 9).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O SEXO

SEXO	GRUPO	
	CONTROLE	ESTUDO
Feminino	4	4
Masculino	5	5
Total	9	9

FONTE: O autor (2014)

NOTA: Teste exato de Fisher: p=1,00

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE

GRUPO	IDADE (MESES)				p
	n	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	
Controle	9	8,8	7,5	14,8	0,13
Estudo	9	11,5	7,8	17,9	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: Teste de Mann-Whitney

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RENDA *PER CAPITA*

GRUPO	RENDA <i>PER CAPITA</i> (REAIS)				p
	n	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	
Controle	9	200,0	100,0	400,0	0,11
Estudo	9	240,0	150,0	800,0	

NOTA: Teste de Mann-Whitney

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A RAÇA

RAÇA	GRUPO	
	CONTROLE	ESTUDO
Branca	5	5
Negra	4	4
Total	9	9

FONTE: O autor (2014)

NOTA: Teste Exato de Fisher: $p = 1$

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA

CLASSIFICAÇÃO TOPOGRÁFICA	GRUPO	
	CONTROLE	ESTUDO
Hemiplegia	5	8
Diplegia	4	1
Total	9	9

FONTE: O autor (2014)

NOTA: : Teste Exato de Fisher: $p = 0,294$

O GE apresentou menores médias que o GC em relação ao intervalo de tempo em meses entre as aplicações dos questionários IARRP e CBCL, sendo essas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 10).

TABELA 10- COMPARAÇÃO DO TEMPO EM MESES ENTRE A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS IARRP E CBCL NO GRUPO DE ESTUDO E CONTROLE

VARIÁVEL	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO	p
T entre Q IARRP	C	9	11,9	13,0	5,00	14,0	3,22	0,00
	E	9	7,7	7,0	3,0	11,0	3,0	
T entre Q CBCL	C	9	11,9	13,0	5,00	14,0	3,22	0,04
	E	9	8	7,0	3,0	15,0	4,0	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: Teste de Mann-Whitney C – controle, E – estudo, T – tempo, Q IARRP - questionário IARRP, Q CBCL – questionário CBCL

O GE apresentou um predomínio de pacientes classificados como nível I no SCFMG, enquanto o GC apresentou maior frequência como nível II, sendo essas diferenças de distribuição estatisticamente significativas (Tabela 11). A escolaridade foi distribuída nos dois grupos de acordo com a tabela 12.

TABELA 11 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA ENTRE O GRUPO DE ESTUDO E CONTROLE

SCFMG	GRUPO	
	CONTROLE	ESTUDO
I	3 33,33%	8 88,89%
II	6 66,67%	1 11,11%
Total	9	9

FONTE: O autor (2014)

NOTA: Teste Exato de Fisher: $p = 0,04$, SCFMG – sistema de classificação da função motora grossa

TABELA 12 - COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	GRUPO	
	CONTROLE	ESTUDO
Fundamental I (1ª a 4ª série)	5	4
Fundamental II (5ª a 8ª série)	4	3
T Ensino Médio (2º grau)	0	2
Total	9	9

FONTE: O autor (2014)

4.3.2 Comparação entre os grupos nos dois momentos de avaliação do estudo em relação aos resultados obtidos no IARRP e no CBCL

No M1 o GE já apresentava maior média no escore da dimensão TBM do IARRP, se comparada à do GC, com tendência à significância estatística. No M2 o GE apresentou discreto aumento na média do escore referente a essa dimensão, e o GC apresentou redução, tornando as diferenças estatisticamente significativas.

Na dimensão SPF do IARRP o GE obteve maiores escores nos dois momentos (M1 e M2) em relação ao GC. Essas diferenças são estatisticamente significativas, sendo que o GE manteve a média no M2 e o GC apresentou uma diminuição desta no decorrer do estudo.

Considerando-se a média do escore da GFS, o GE obteve maior índice que o GC no M2, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Nas dimensões UEP, PC e HAPP do IARRP os grupos se comportaram de maneira semelhante nos dois momentos do estudo (Tabela 13).

A comparação entre os grupos em relação ao perfil emocional e biopsicossocial foi considerada com base nas médias obtidas no CBCL. Com relação aos itens englobados na escala **Competência Social**, o GE apresentou maior média nos dois momentos de avaliação do estudo, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Quanto ao item **Social**, o GE também apresentou maior média nos dois momentos, sendo as diferenças estatisticamente significativas no M2. Nas escalas **Atividades** e **Escolar**, os grupos apresentaram índices semelhantes nos dois momentos de avaliação (Tabela 14).

Quanto às síndromes do CBCL os grupos mostraram-se semelhantes no M1 em relação à síndrome **Ansiedade/Depressão** e, no decorrer do estudo, houve redução da média desse escore no GE, com tendência à significância estatística. Porém, ao se considerar a diferença entre os escores do M1 e M2, a redução apresentada pelo GE corroborou para a diferença estatisticamente significativa encontrada entre os grupos. Em relação às **Queixas Somáticas**, o GE obteve menores índices nos dois momentos de avaliação, sendo as diferenças estatisticamente significativas no M2.

Em relação à síndrome **Comportamento Agressivo**, o GE apresentou maior média que o GC no M1, porém sem significância estatística. No decorrer do estudo

houve redução desses índices no GE tornando a diferença entre os escores do M1 e do M2 estatisticamente significativa, embora os grupos permanecessem semelhantes estatisticamente no M2. Em relação a **Problemas Externalizantes**, no M1 o GE apresentou maior média que o GC, porém sem significância estatística. Contudo no decorrer do estudo houve redução importante desses índices no GE e ligeiro aumento no GC, de modo a tornar a diferença entre os escores do M1 e do M2 estatisticamente significativa, embora os grupos permanecessem semelhantes estatisticamente no M2. O mesmo ocorreu em relação a **Total de Problemas** (Tabela 15).

Nas síndromes **Isolamento/Depressão**, **Problemas Sociais**, **Problemas de Pensamento**, **Problemas de Atenção**, **Comportamento de Quebrar-Regras** e **Problemas Internalizantes** os grupos assemelharam-se durante todo o experimento (Tabela 16).

Observando-se outros problemas do CBCL, o quadro mostra que em relação a **Problemas de Ansiedade** os grupos apresentaram índices semelhantes estatisticamente na avaliação inicial. No decorrer do estudo o GE apresentou maior redução dos índices que o GC, embora sem diferença estatisticamente significativa. No M2 o GE apresentou menor índice de **Problemas de Ansiedade** que o GC, sendo a diferença estatisticamente significativa. Em relação a **Problemas Somáticos** o GE obteve menores médias nos dois momentos de avaliação do estudo, com tendência a significância no M1 e estatisticamente significativo no M2. Tanto o GE quanto o GC apresentaram diminuição das médias no decorrer do estudo, sem diferença estatística entre os grupos. Em relação a **Comportamento Opositor Desafiante**, na avaliação inicial o GE apresentou maior média que o GC, porém, sem diferença estatisticamente significativa. No decorrer do estudo o GE obteve redução desse índice mostrando uma tendência à significância estatística, embora na avaliação final os grupos estejam estatisticamente semelhantes. Em relação a **Problemas Afetivos, de Déficit de Atenção e Hiperatividade e de Conduta** os grupos foram semelhantes nos dois momentos de avaliação do estudo (Tabela 17).

TABELA 13 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS OBTIDOS IARRP

VARIÁVEL	M	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DV	p
UEP	M1	C	9	87,7	88,0	63,0	100,0	11,1	0,55
		E	9	84,9	88,0	71,0	100,0	9,8	
	M2	C	9	89,6	88,0	71,0	100,0	9,1	0,80
		E	9	88,0	92,0	71,0	100,0	10,2	
	Dif	C	9	1,9	4,0	-17,0	25,0	12,0	0,93
		E	9	3,1	4,0	-5,0	13,0	5,2	
TBM	M1	C	9	89,3	89,0	82,0	100,0	5,9	0,05
		E	9	95,2	97,0	83,0	100,0	5,8	
	M2	C	9	81,9	91,0	36,0	94,0	18,7	0,00
		E	9	96,1	97,0	83,0	100,0	5,3	
	Dif	C	9	-7,4	-1,0	-59,0	5,0	20,2	0,55
		E	9	0,9	0,0	-3,0	5,0	2,4	
SPF	M1	C	9	73,8	68,0	58,0	96,0	13,8	0,04
		E	9	86,2	86,0	77,0	100,0	6,8	
	M2	C	9	68,9	68,0	56,0	92,0	11,7	0,00
		E	9	86,6	84,0	77,0	98,0	6,7	
	Dif	C	9	-4,9	-4,0	-22,0	5,0	8,7	0,14
		E	9	0,3	1,0	-15,0	7,0	6,9	
PC	M1	C	9	80,6	78,0	63,0	100,0	14,0	0,73
		E	9	83,8	89,0	58,0	100,0	17,3	
	M2	C	9	75,9	80,0	56,0	89,0	10,6	0,11
		E	9	86,8	100,0	58,0	100,0	17,6	
	Dif	C	9	-4,7	-11,0	-29,0	19,0	14,5	0,30
		E	9	3,0	0,0	-11,0	18,0	8,4	
HAPP	M1	C	9	90,0	90,0	70,0	100,0	10,3	0,60
		E	9	92,8	100,0	80,0	100,0	9,1	
	M2	C	9	90,1	90,0	71,0	100,0	9,8	0,30
		E	9	95,0	100,0	80,0	100,0	7,9	
	Dif	C	9	0,1	-5,0	-14,0	20,0	11,3	0,30
		E	9	2,2	0,0	0,0	20,0	6,7	
GFS	M1	C	9	82,7	81,0	71,0	95,0	9,2	0,39
		E	9	87,4	91,0	76,0	96,0	7,5	
	M2	C	9	78,9	80,0	66,0	90,0	8,2	0,01
		E	9	89,2	92,0	76,0	98,0	7,7	
	Dif	C	9	-3,8	-2,0	-26,0	10,0	10,7	0,30
		E	9	1,8	1,0	-4,0	8,0	3,8	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: UEP- função física e extremidade superior, TBM- transferência e mobilidade básica, SPF- função física e esportiva, PC- dor e conforto, HAPP- felicidade, GFS- função global e sintomas, C- controle, e- estudo, DIF – diferença entre os escores do M1 e M2, M – momento, DV – desvio padrão.

Teste de Mann-Whitney

TABELA 14 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS COMPETÊNCIAS DO CBCL

VARIÁVEL	M	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DP	p
Atividades	M1	C	9	34,6	37,0	25,0	40,0	5,7	0,17
		E	8	41,6	40,0	29,0	53,0	9,3	
	M2	C	8	37,5	36,0	28,0	47,0	6,6	0,09
		E	7	44,1	46,0	35,0	53,0	7,2	
	Dif	C	8	1,9	1,5	-3,0	9,0	4,4	0,54
		E	7	1,6	-3,0	-14,0	20,0	11,7	
Social	M1	C	6	39,3	39,5	25,0	53,0	11,2	0,53
		E	9	43,8	44,0	35,0	49,0	4,9	
	M2	C	8	35,6	35,0	26,0	42,0	5,1	<0,00
		E	9	48,9	45,0	39,0	59,0	7,6	
	Dif	C	5	-1,8	-9,0	-11,0	16,0	12,2	0,24
		E	9	5,1	8,0	-5,0	14,0	6,8	
Escolar	M1	C	8	40,0	39,5	27,0	48,0	6,8	0,81
		E	9	42,0	39,0	33,0	53,0	7,9	
	M2	C	9	39,8	40,0	24,0	52,0	9,1	0,86
		E	9	39,9	39,0	20,0	52,0	10,0	
	Dif	C	8	-1,3	0,0	-24,0	14,0	10,7	0,74
		E	9	-2,1	0,0	-13,0	2,0	4,6	
Total de Competências	M1	C	6	31,8	33,0	21,0	39,0	6,3	0,04
		E	8	39,6	40,0	30,0	47,0	5,9	
	M2	C	7	34,0	34,0	27,0	40,0	4,0	0,01
		E	7	44,1	41,0	35,0	58,0	10,0	
	Dif	C	4	-0,5	-2,0	-4,0	6,0	4,4	0,65
		E	7	3,7	2,0	-11,0	17,0	10,6	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: M – momento, N - número de participantes, DP – desvio padrão, C - controle, E – estudo, DIF – diferença entre os escores do M1 e M2.
 Teste de Mann-Whitney

TABELA 15 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO À LISTA DE SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL

VARIÁVEL	M	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DP	p
Ansiedade/ Depressão	M1	C	9	59,1	57,0	50,0	69,0	6,7	0,93
		E	9	59,1	59,0	50,0	67,0	6,3	
	M2	C	9	58,9	60,0	51,0	74,0	7,8	0,06
		E	9	53,7	51,0	50,0	66,0	5,7	
	Dif	C	9	-0,2	1,0	-16,0	5,0	6,4	0,03
		E	9	-5,4	-6,0	-14,0	0,0	5,6	
Queixas Somáticas	M1	C	9	63,3	66,0	53,0	68,0	5,1	0,06
		E	9	58,1	56,0	50,0	72,0	7,2	
	M2	C	9	59,9	61,0	50,0	66,0	5,9	0,02
		E	9	53,1	53,0	50,0	57,0	2,8	
	Dif	C	9	-3,4	-4,0	-7,0	2,0	3,0	0,49
		E	9	-5,0	-6,0	-16,0	3,0	5,7	
Comportamento Agressivo	M1	C	9	55,1	53,0	50,0	63,0	4,5	0,19
		E	9	60,1	57,0	51,0	81,0	9,4	
	M2	C	9	56,4	56,0	50,0	69,0	6,5	0,67
		E	9	54,6	53,0	50,0	63,0	4,5	
	Dif	C	9	1,3	0,0	-2,0	6,0	2,9	0,01
		E	9	-5,6	-4,0	-24,0	2,0	7,5	
Problemas Externalizantes	M1	C	9	53,2	54,0	34,0	64,0	8,6	0,55
		E	9	57,4	56,0	47,0	74,0	8,6	
	M2	C	9	55,6	57,0	44,0	68,0	7,2	0,44
		E	9	51,6	52,0	40,0	60,0	6,9	
	Dif	C	9	2,3	3,0	-3,0	10,0	3,8	0,00
		E	9	-5,9	-7,0	-14,0	1,0	5,3	
Total de Problemas	M1	C	9	58,8	60,0	47,0	70,0	8,0	0,80
		E	9	60,3	59,0	48,0	71,0	9,3	
	M2	C	9	58,1	57,0	48,0	71,0	7,1	0,26
		E	9	52,1	55,0	38,0	64,0	9,4	
	Dif	C	9	-0,7	0,0	-6,0	2,0	2,5	0,01
		E	9	-8,2	-9,0	-18,0	3,0	6,6	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: M- momento, N - número de participantes, DP – desvio padrão, c- controle, E – estudo, DIF – diferença entre os escores do M1 e M2.

Teste de Mann - Whitney

TABELA 16 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO À LISTA DE SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL

VARIÁVEL	M	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DV	p
Isolamento/ Depressão	M1	C	9	58,1	56,0	50,0	73,0	7,6	0,26
		E	9	62,8	58,0	54,0	85,0	10,0	
	M2	C	9	59,3	58,0	50,0	66,0	5,7	0,73
		E	9	59,7	54,0	50,0	80,0	10,7	
	Dif	C	9	1,2	4,0	-8,0	8,0	6,7	0,60
		E	9	-3,1	-4,0	-19,0	10,0	9,7	
Problemas Sociais	M1	C	9	61,6	59,0	54,0	75,0	7,0	0,67
		E	9	63,6	65,0	53,0	78,0	8,2	
	M2	C	9	60,0	60,0	54,0	70,0	5,1	0,30
		E	9	57,9	56,0	51,0	72,0	8,3	
	Dif	C	9	-1,6	2,0	-13,0	7,0	7,0	0,26
		E	9	-5,7	-3,0	-16,0	4,0	6,5	
Problemas De Pensamento	M1	C	9	55,3	54,0	50,0	70,0	7,0	0,73
		E	9	56,7	54,0	50,0	72,0	8,0	
	M2	C	9	53,6	51,0	50,0	61,0	4,5	0,49
		E	9	52,0	51,0	50,0	60,0	3,3	
	Dif	C	9	-1,8	-2,0	-16,0	7,0	6,4	0,34
		E	9	-4,7	-3,0	-13,0	0,0	5,3	
Problemas De Atenção	M1	C	9	55,8	55,0	50,0	61,0	4,3	0,34
		E	9	61,2	59,0	50,0	75,0	9,8	
	M2	C	9	55,0	53,0	50,0	66,0	5,7	0,67
		E	9	56,7	55,0	50,0	66,0	6,7	
	Dif	C	9	-0,8	-2,0	-3,0	5,0	2,4	0,30
		E	9	-4,6	-5,0	-20,0	4,0	7,1	
Comportamento De Quebrar- Regras	M1	C	9	56,0	57,0	50,0	63,0	5,1	0,60
		E	9	54,7	52,0	50,0	67,0	6,3	
	M2	C	9	56,7	57,0	50,0	63,0	4,5	0,19
		E	9	53,8	51,0	50,0	64,0	5,0	
	Dif	C	9	0,7	0,0	-4,0	4,0	2,4	0,60
		E	9	-0,9	0,0	-14,0	5,0	5,4	
Problemas Internalizantes	M1	C	9	62,0	61,0	52,0	73,0	6,8	0,73
		E	9	60,7	60,0	48,0	72,0	8,2	
	M2	C	9	60,2	61,0	46,0	71,0	7,2	0,14
		E	9	52,8	48,0	41,0	69,0	9,9	
	Dif	C	9	-1,8	0,0	-12,0	3,0	5,5	0,14
		E	9	-7,9	-9,0	-21,0	5,0	7,6	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: M- momento, N - número de participantes, DP – desvio padrão, C- controle, E – estudo, DIF – diferença entre os escores do M1 e M2.
Teste de Mann- Whitney

TABELA 17 - COMPARAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDO E CONTROLE NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AOS OUTROS PROBLEMAS DO CBCL

VARIÁVEL	M	GRUPO	n	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DP	p
Problemas Afetivos	M1	C	9	61,7	60,0	50,0	72,0	7,4	0,73
		E	9	63,6	63,0	54,0	76,0	8,0	
	M2	C	9	60,2	60,0	50,0	70,0	8,0	0,49
		E	9	57,3	56,0	50,0	72,0	7,3	
	Dif	C	9	-1,4	0,0	-20,0	12,0	8,9	0,14
		E	9	-6,2	-7,0	-16,0	3,0	5,9	
Problemas De Ansiedade	M1	C	9	57,9	59,0	50,0	65,0	5,7	0,80
		E	9	58,4	60,0	50,0	64,0	4,4	
	M2	C	9	56,8	55,0	50,0	65,0	4,7	0,03
		E	9	52,3	51,0	50,0	59,0	3,1	
	Dif	C	9	-1,1	0,0	-10,0	5,0	5,5	0,11
		E	9	-6,1	-9,0	-14,0	4,0	5,5	
Problemas Somáticos	M1	C	9	62,0	62,0	50,0	70,0	6,0	0,05
		E	9	55,4	50,0	50,0	73,0	8,1	
	M2	C	9	58,2	61,0	50,0	64,0	5,0	0,03
		E	9	52,3	50,0	50,0	61,0	3,9	
	Dif	C	9	-3,8	-3,0	-9,0	0,0	3,9	0,39
		E	9	-3,1	0,0	-23,0	6,0	8,7	
Déficit de Atenção e Hiperatividade	M1	C	9	58,3	57,0	50,0	66,0	6,8	1,00
		E	9	58,8	56,0	50,0	76,0	9,4	
	M2	C	9	55,0	55,0	50,0	62,0	4,9	0,80
		E	9	53,9	52,0	50,0	62,0	4,8	
	Dif	C	9	-3,3	-2,0	-9,0	1,0	3,5	0,73
		E	9	-4,9	-3,0	-18,0	4,0	6,8	
Comportamento Opositivo Desafiador	M1	C	9	53,7	55,0	50,0	59,0	2,9	0,14
		E	9	58,6	55,0	52,0	73,0	7,4	
	M2	C	9	53,9	52,0	50,0	70,0	6,4	0,44
		E	9	53,8	52,0	50,0	59,0	3,3	
	Dif	C	9	0,2	0,0	-5,0	11,0	4,7	0,06
		E	9	-4,8	-4,0	-15,0	0,0	5,1	
Problemas de Conduta	M1	C	9	54,2	54,0	50,0	60,0	4,2	0,93
		E	9	54,7	52,0	50,0	69,0	6,4	
	M2	C	9	54,9	54,0	50,0	60,0	4,4	0,19
		E	9	52,7	50,0	50,0	63,0	5,1	
	Dif	C	9	0,7	0,0	-3,0	4,0	2,1	0,11
		E	9	-2,0	-1,0	-11,0	5,0	4,5	

FONTE: O autor (2014)

NOTA: M - momento, N - número de participantes, DP – desvio padrão, C- controle, E – estudo, DIF – diferença entre os escores do M1 e M2.
 Teste de Mann- Whitney

4.3.3 Comparação isolada dos grupos em relação aos resultados obtidos no IARRP e no CBCL nos dois momentos do estudo

Esta análise estudou a mudança dos índices de cada grupo, isoladamente, com base nos resultados obtidos no M1 e no M2 em cada item dos questionários IARRP e CBCL.

Em relação às dimensões do IARRP, tanto o GE quanto o GC mantiveram-se iguais durante o estudo (Tabela 18).

TABELA 18 – MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO NO GRUPO DE ESTUDO E NO GRUPO CONTROLE NOS ITENS DO IARRP

DIM IARRP	GRUPO DE ESTUDO			GRUPO CONTROLE		
	M1	M2	p	M1	M2	p
UEP	84,9 + 9,8	88,0 + 10,2	0,17	87,7 ± 11,1	81,9 ± 9,1	0,61
TBM	95,2 + 5,8	96,1 + 5,3	0,27	9,3 ± 5,9	81,9 ± 18,7	0,31
SPF	86,2 + 6,8	86,6 + 6,7	0,41	3,8 ± 13,8	8,9 ± 11,7	0,14
PC	83,8 + 17,3	86,8 + 17,6	0,36	80,6 ± 14	5,9 ± 10,6	0,48
HAPP	92,8 + 9,1	95,0 + 7,9	*	90,0 ± 10,3	90,1 ± 9,8	0,94
GFS	87,4 + 7,5	89,2 + 7,7	0,21	82,7 ± 9,2	78,9 ± 8,2	0,41

FONTE: O autor (2014)

NOTA: DIM – dimensão, UEP – função física extremidade superior, TBM - transferência e mobilidade básica, SPF - função física e esportiva, PC- dor e conforto, HAPP- felicidade, GFS- função global e sintomas, * - dado não obtido.

Teste de Wilcoxon

Considerando-se a diferença entre os dois momentos do estudo obtidas no CBCL, observa-se que o GE apresentou redução nos índices das síndromes: **Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Comportamento Agressivo, Problemas Internalizantes e Externalizantes, Total de Problemas, Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Comportamento Opositor Desafiante**, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. Na escala **Social** e **Problemas de Atenção** também houve redução dos índices com tendência à significância estatística. (Tabela 19).

TABELA 19 – MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO GRUPO ESTUDO NOS ITENS DO CBCL

ESCALAS DO CBCL NO GE	M1	M2	p
Atividades	41,6 ± 9,3	44,1 ± 7,2	0,73
Social	43,8 ± 4,9	48,9 ± 7,6	0,06
Escolar	42,0 ± 7,9	39,9 ± 10,0	0,14
Total de Competências	39,6 ± 5,9	44,1 ± 10,0	0,50
Ansiedade/Depressão	59,1 ± 6,3	53,7 ± 5,7	0,03
Isolamento/Depressão	62,8 ± 10,0	59,7 ± 10,7	0,41
Queixas Somáticas	58,1 ± 7,2	53,1 ± 2,8	0,03
Problemas Sociais	63,6 ± 8,2	57,9 ± 8,3	0,04
Problemas de Pensamento	56,7 ± 8,0	52,0 ± 3,3	0,03
Problemas de Atenção	61,2 ± 9,8	56,7 ± 6,7	0,06
Comportamento Quebrar-Regras	54,7 ± 6,3	53,8 ± 5,0	1
Comportamento Agressivo	60,1 ± 9,4	54,6 ± 4,5	0,02
Problemas Internalizantes	60,7 ± 8,2	52,8 ± 9,9	0,02
Problemas Externalizantes	57,4 ± 8,6	51,6 ± 6,9	0,02
Total de Problemas	60,3 ± 9,3	52,1 ± 9,4	0,01
Problemas Afetivos	63,6 ± 8,0	57,3 ± 7,3	0,02
Problemas de Ansiedade	58,4 ± 4,4	52,3 ± 3,1	0,02
Problemas Somáticos	55,4 ± 8,1	52,3 ± 3,9	0,28
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	58,8 ± 9,4	53,9 ± 4,8	0,06
Comportamento Opositivo Desafiante	53,9 ± 6,4	53,8 ± 3,3	0,02
Problemas de Conduta	54,7 ± 6,4	52,7 ± 5,1	0,17

FONTE: O autor (2014)

NOTA: GE - grupo estudo

Teste de Wilcoxon

Considerando-se os itens do CBCL, observa-se que o GC apresentou redução nos índices das síndromes: **Queixas Somáticas, Problemas Somáticos e Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade**, sendo as diferenças estatisticamente significativas (Tabela 20).

TABELA 20 – MÉDIA DOS ESCORES NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DO GRUPO CONTROLE NOS ITENS DO CBCL

ESCALAS DO CBCL NO GC	M1	M2	p
Atividades	34,6 \pm 5,7	37,5 \pm 6,6	0,24
Social	39,3 \pm 1,2	35,5 \pm 5,1	0,69
Escolar	40,0 \pm 6,9	39,8 \pm 9,1	0,89
Total de Competências	31,8 \pm 6,3	34,0 \pm 4,0	0,71
Ansiedade/Depressão	59,1 \pm 6,7	58,9 \pm 7,8	0,45
Isolamento/Depressão	58,1 \pm 7,6	59,3 \pm 5,7	0,53
Queixas Somáticas	63,3 \pm 5,1	59,9 \pm 7,8	0,02
Problemas Sociais	61,6 \pm 7,0	60,0 \pm 5,1	0,68
Problemas de Pensamento	55,3 \pm 7,0	53,6 \pm 4,5	0,61
Problemas de Atenção	55,8 \pm 4,3	55,0 \pm 5,7	0,24
Comportamento Quebrar-Regras	56,0 \pm 5,1	56,7 \pm 4,5	0,58
Comportamento Agressivo	55,1 \pm 4,5	56,4 \pm 6,5	0,31
Problemas Internalizantes	62,0 \pm 6,8	60,2 \pm 7,2	0,73
Problemas Externalizantes	53,2 \pm 8,6	55,6 \pm 7,2	0,08
Total de Problemas	58,8 \pm 8,9	58,1 \pm 7,1	0,55
Problemas Afetivos	61,7 \pm 7,4	60,2 \pm 8,0	0,78
Problemas de Ansiedade	57,9 \pm 5,7	56,8 \pm 4,7	0,60
Problemas Somáticos	62,0 \pm 6,0	58,2 \pm 5,0	0,04
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	58,3 \pm 6,9	55,0 \pm 4,9	0,02
Comportamento Opositivo Desafiante	53,7 \pm 2,9	58,6 \pm 7,4	0,75
Problemas de Conduta	54,2 \pm 4,2	54,9 \pm 4,4	0,36

FONTE: O autor (2014)

NOTA: GC - grupo controle

Teste de Wilcoxon

4.3.4 Comparação entre a mudança de classificação dos escores do IARRP e CBCL no GE e no GC

4.3.4.1 Comparação entre a mudança de classificação dos escores do IARRP no GE e no GC

No GE, do total de escores analisados no M1, 44 (82%) foram considerados dentro de esperado e 10 (18%) abaixo do esperado. No M2 os escores considerados como dentro do esperado no M1 mantiveram-se, e 2 escores considerados abaixo do esperado no M1 foram alterados para dentro do esperado (normalidade), o que

totalizou 46 (85,2%) escores acima do esperado e 8 (14,8%) abaixo do esperado (Gráfico 1).

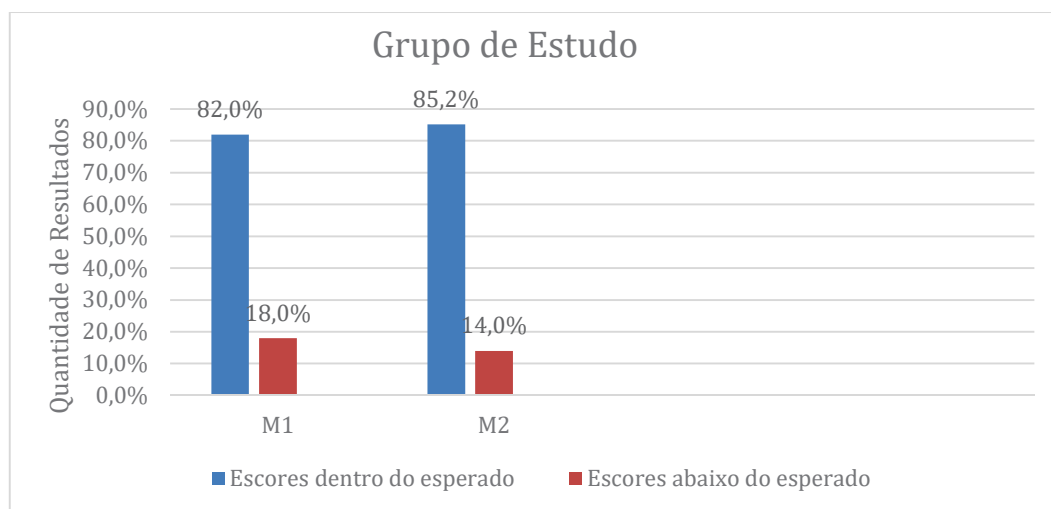


GRÁFICO 1 - MUDANÇA DE ESCORES DAS DIMENSÕES DO IARRP DO M1 PARA M2 EM RELAÇÃO AO ESPERADO PARA NORMALIDADE NO GRUPO ESTUDO

FONTE: O autor (2014)

No GC, do total de escores analisados no M1, 36 (66,6%) foram considerados dentro de esperado e 18 (33,3%) abaixo do esperado. Oito escores considerados como dentro do esperado no M1 foram alterados para abaixo do esperado no M2 e 5 considerados abaixo do esperado foram alterados para dentro do esperado no M2, o que totalizou 33 (61,1%) escores acima do esperado e 21 (38,9) abaixo do esperado no M2 (Gráfico 2).

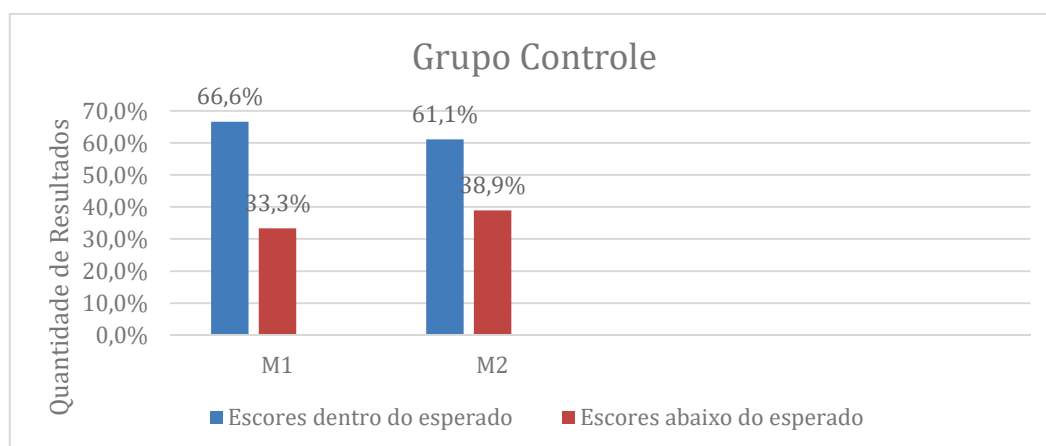


GRAFICO 2 - MUDANÇA DE ESCORES DAS DIMENSÕES DO IARRP DO M1 PARA M2 EM RELAÇÃO AO ESPERADO PARA NORMALIDADE NO GRUPO CONTROLE

FONTE: O autor (2014)

4.3.4.2 Comparação entre a mudança de classificação dos escores de competência social do CBCL no GE e no GC

No GE, do total de escores analisados no M1, 30 (83,3%) foram classificados como **normal** e 6 (16,7%) como **clínico** ou **limítrofe**. No M2, um escore classificado como **normal** no M1 foi alterado para **limítrofe** e 3 escores classificados como **clínico** ou **limítrofe** foram alterados para **normal** o que totalizou 32 (88,9%) escores classificados como **normal** e 4 (7,1%) como **clínico** ou **limítrofe** no M2 (Gráfico 3).

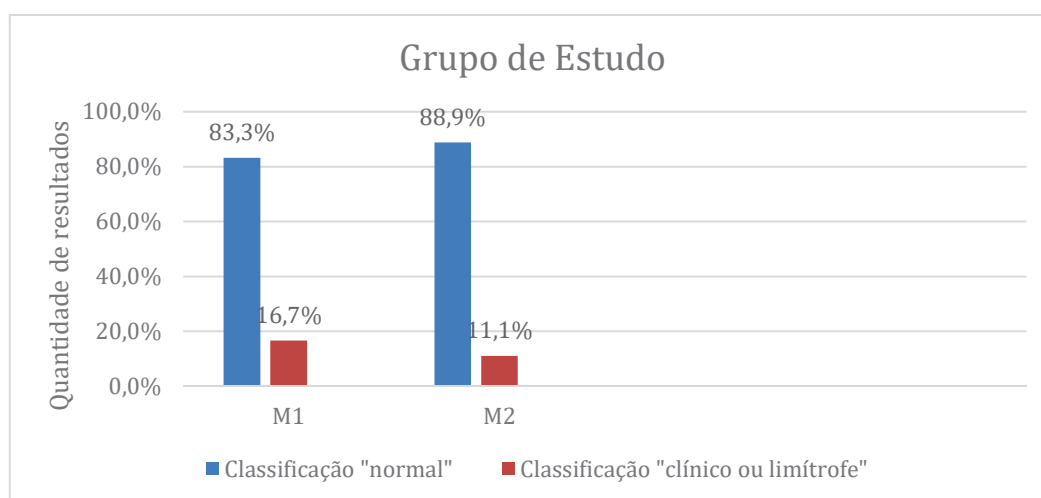


GRÁFICO 3 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DAS ESCALAS DO CBCL DO M1 PARA M2 NO GRUPO ESTUDO

FONTE: O autor (2014)

No GC, do total de escores analisados no M1, 29 (80,5%) foram classificados como **normal** e 7 (19,5%) como **clínico** ou **limítrofe**. Dois escores classificados como **normal** no M1 foram alterados para **limítrofe** e 2 escores classificados como **clínico** ou **limítrofe** no M1 foram alterados para **normal**, mantendo-se a mesma porcentagem no M2 (Gráfico 4).

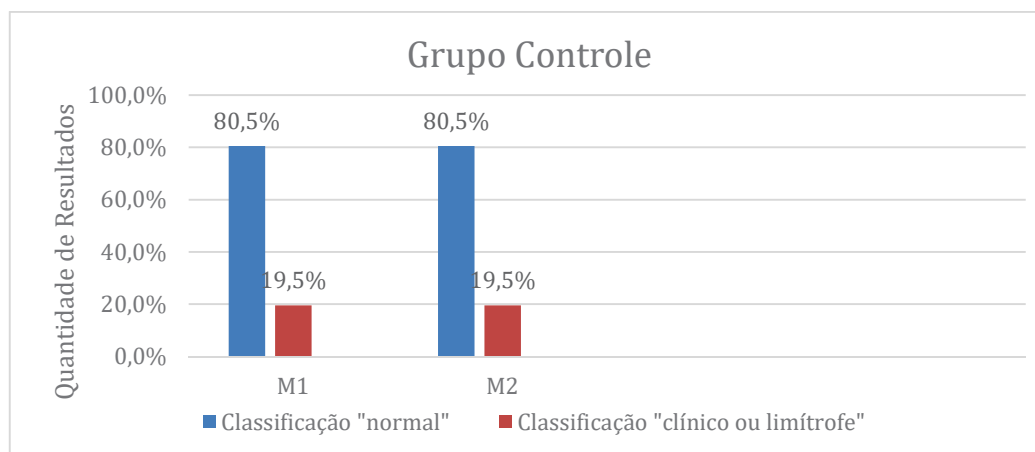


GRÁFICO 4 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS ESCORES DAS ESCALAS DO CBCL DO M1 PARA M2 NO GRUPO CONTROLE

FONTE: O autor (2014)

4.3.4.3 Comparação entre a mudança de classificação dos escores nas escalas de síndromes e sintomas do CBCL no GE e no GC

No GE, do total de escores analisados no M1, 113 (73,9%) foram classificados como **normal** e 40 (26,1%) como **clínico** ou **limítrofe**. No M2, os escores classificados como **normal** no M1 mantiveram-se e 27 escores classificados como **clínico** ou **limítrofe** foram alterados para **normal** o que totalizou 140 (91,5%) escores classificados como **normal** e 13 (8,5%) como **clínico** ou **limítrofe** no M2 (Gráfico 5).

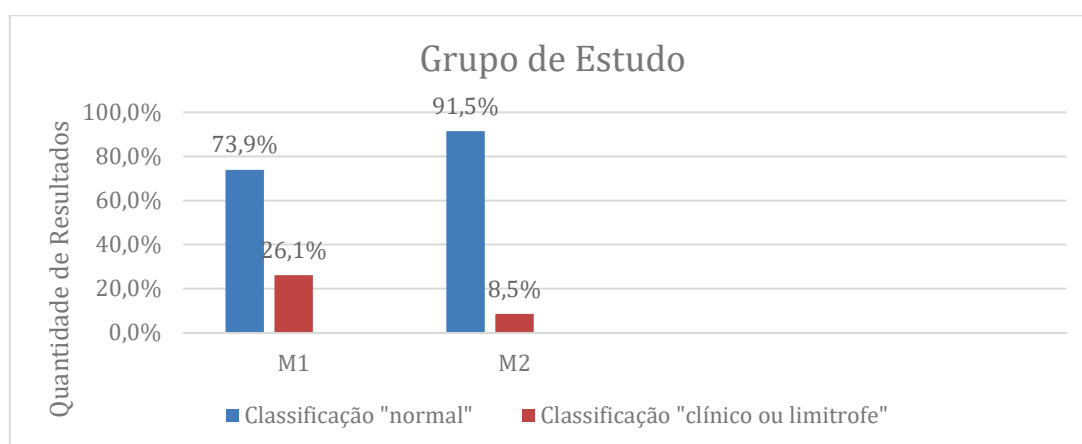


GRÁFICO 5 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL DO M1 PARA M2 NO GRUPO ESTUDO

FONTE: O autor (2014)

No GC, do total de escores analisados no M1, 116 (75,8%) foram classificados como **normal** e 37 (24,2%) como **clínico** ou **limítrofe**. Oito escores classificados como **normal** no M1 foram alterados para **limítrofe** e 17 escores classificados como **clínico** ou **limítrofe** no M1 foram alterados para **normal** o que totalizou 125 (81,7%) escores classificados como **normal** e 28 (18,3%) como **clínico** ou **limítrofe** no M2 (Gráfico 6).

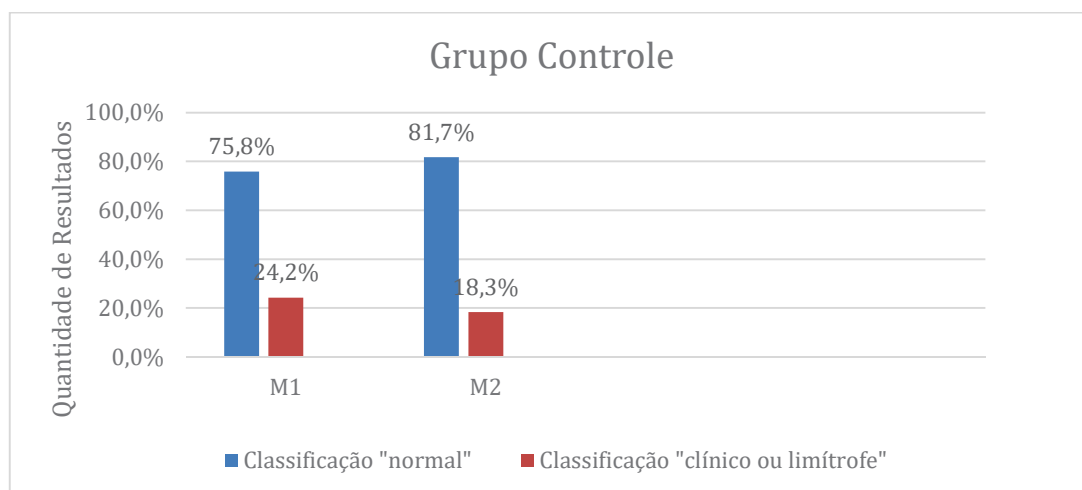


GRÁFICO 6 - MUDANÇA DA CLASSIFICAÇÃO DOS SÍNDROMES E SINTOMAS DO CBCL DO M1 PARA M2 NO GRUPO CONTROLE

FONTE: O autor (2014)

4.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DO IARRP E DO CBCL E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NO GE

4.4.1 Correlação entre o escore do IAARP e as variáveis independentes

Houve correlação entre a diferença dos escores nas dimensões TBM e SPF do IARRP e o tempo de PD e o número de aulas frequentadas, sendo as correlações estatisticamente significativas. Quanto maior o tempo de PD maior o ganho na dimensão TBM, porém quanto maior o tempo de prática maior a perda em SPF. Quanto maior o número de aulas frequentadas maior o ganho em TBM e maior a perda SPF (Tabela 21).

TABELA 21 - CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PRÁTICA DE DANÇA E O NÚMERO DE AULAS FREQUENTADAS E A DIFERENÇA NAS DIMENSÕES TRANSFERÊNCIA E MOBILIDADE BÁSICA E FUNÇÃO FÍSICA E ESPORTIVA

VARIÁVEIS ASSOCIADAS	COEFICIENTE DE SPEARMAN	p
T meses X TBM dif	0,67	0,05
T meses X SPF dif	-0,72	0,03
n (aula) X TBM dif	0,72	0,03
n (aula) X SPF dif	- 0,77	0,02

FONTE: O autor (2014)

NOTA: T MESES – tempo de treino em meses, N (AULA) – número de aulas realizadas, TBM - transferência e mobilidade básica, SPF- função física de esportiva, DIF - diferença entre os índices obtidos nos dois momentos do estudo

Não foi observada correlação entre a diferença dos escores nas dimensões do IARRP e as variáveis: sexo, idade, escolaridade, concentração, segurança, aptidão, participação e tempo de prática em casa com o tempo de PD ou o número de aulas frequentadas.

4.4.2 Correlação entre o escore do CBCL e as variáveis independentes

Houve correlação positiva entre a idade dos participantes e a diferença obtida nos escores em **Problemas Internalizantes**, **Problemas Externalizantes** e **Total de Problemas**, sendo as correlações estatisticamente significativas para as duas primeiras escalas e com tendência à significância para a última. Segundo esses resultados, quanto maior a idade, pior é o resultado em **Problemas Internalizantes**, **Problemas Externalizantes** e **Total de Problemas** (Tabela 22).

TABELA 22 - CORRELAÇÃO ENTRE A IDADE DOS PARTICIPANTES E A DIFERENÇA NOS ITENS PROBLEMAS INTERNALIZANTES, PROBLEMAS EXTERNALIZANTES E TOTAL DE PROBLEMAS

VARIÁVEIS ASSOCIADAS	COEFICIENTE DE SPEARMAN	p
Idade X Problema Internalizantes dif	0,71	0,03
Idade X Problema Externalizantes dif	0,74	0,02
Idade X Total de Problemas dif	0,65	0,06

FONTE: O autor (2014)

NOTA: DIF - diferença entre os índices obtidos nos dois momentos do estudo

Houve correlação positiva entre o tempo de PD em meses e a diferença dos escores obtida em **Atividades e Competência Social**, sendo as correlações estatisticamente significativas. Segundo os resultados obtidos, quanto maior o tempo de frequência na PD em meses, maior o ganho em **Atividades e Competência Social** (Tabela 23).

TABELA 23 - CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PRÁTICA DE DANÇA EM MESES E A DIFERENÇA NAS ESCALAS ATIVIDADES E COMPETENCIA SOCIAL DO CBCL

VARIÁVEIS ASSOCIADAS	COEFICIENTE DE SPEARMAN	p
T meses X Atividades dif	0,76	0,05
T meses X Competência Social dif	0,80	0,04

FONTE: O autor (2014)

NOTA: T MESES – tempo de prática de dança em meses, DIF - diferença entre os índices obtidos nos dois momentos do estudo.

Não houve correlação com significância estatística entre o número de aulas e os escores do CBCL.

Houve correlação positiva entre *Ensino* e a diferença obtida em **Total de Problemas** do CBCL, sendo a correlação estatisticamente significativa. Nesse resultado se observa que quanto maior a escolaridade, pior o resultado em **Total de Problemas** (Tabela 24).

TABELA 24 - CORRELAÇÃO ENTRE O ENSINO E A DIFERENÇA NA ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS DO CBCL

VARIÁVEIS ASSOCIADAS	COEFICIENTE DE SPEARMAN	p
Ensino X Total de Problemas dif	0,69	0,04

FONTE: O autor (2014)

NOTA: DIF - diferença entre os índices obtidos nos dois momentos do estudo

Houve correlações negativas entre os itens estabelecidos (*Concentração, Segurança, Aptidão, Participação e Treino em casa*) e a diferença obtida em **Isolamento/Depressão e Problemas Afetivos**. Entretanto, houve correlação positiva entre o item *Participação* e a diferença em **Competência Social**. Também se observou correlação negativa entre o item *Tempo de treino em casa* e a diferença obtida em **Problemas de Ansiedade**, sendo essas correlações estatisticamente significativas.

De acordo com os resultados, quanto maior a pontuação dos participantes em: *Concentração, Segurança, Aptidão, Participação e Tempo de treino em casa*, melhor o resultado em ***Isolamento/Depressão e Problemas Afetivos***. Quanto maior a pontuação obtida em *Participação*, maior o ganho em ***Competência Social***. Quanto maior o *Tempo de treino em casa*, melhor o resultado em ***Problemas de Ansiedade*** (Tabela 25).

Não houve relação entre o gênero e os itens avaliados pelo CBCL.

TABELA 25 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTABELECIDAS E A DIFERENÇA NAS SÍNDROMES ISOLAMENTO/DEPRESSÃO, PROBLEMAS AFETIVOS, SOCIAL E PROBLEMAS E DE ANSIEDADE.

VARIÁVEIS ASSOCIADAS	COEFICIENTE DE SPEARMAN	p
Concentração X Isolamento/Depressão dif	- 0,75	0,02
Concentração X Problemas Afetivos dif	- 0,73	0,03
Segurança X Isolamento/Depressão dif	- 0,91	0,00
Segurança X Problemas Afetivos dif	- 0,88	0,00
Aptidão X Isolamento/Depressão dif	- 0,89	0,00
Aptidão X Problemas Afetivos dif	- 0,79	0,01
Participação X Isolamento/Depressão dif	- 0,74	0,02
Participação X Problemas Afetivos dif	- 0,69	0,04
Participação X Competência Social dif	0,67	0,05
T em casa X Isolamento/Depressão dif	- 0,76	0,02
T em casa X Problemas Efetivos dif	- 0,90	0,00
T em casa X Problemas De Ansiedade dif	- 0,81	0,01

FONTE: O autor (2014)

NOTA: diferença entre os índices obtidos nos dois momentos do estudo, T EM CASA - tempo de treino em casa.

4.5 SEGUIMENTO ATUAL

Os resultados positivos da atividade realizada no presente estudo permitiram a criação do Instituto Guerreiros de Arte-Reabilitação, fundado em 2011, na Capital paranaense, o qual mantém a modalidade de dança Hip Hop como meio de promoção da função física, emocional e social a crianças e adolescentes com PC e outras desordens neurológicas, encaminhados por instituições de reabilitação. Atualmente, o grupo denomina-se Cia. de Dança Guerreiros e participa efetivamente do cenário

artístico nacional, com reconhecimento de sua arte no meio cultural e de sua relevância no que se refere a iniciativas no âmbito da saúde.

5 DISCUSSÃO

Estudos constataam que o aumento da QV de indivíduos com PC está mais relacionado à participação social do que às intervenções medicamentosas e de controle motor (BJORNSEN *et al.*, 2008; TSOI *et al.*, 2012; KNOWLES *et al.*, 2014), o que corrobora com as afirmações de que a participação social de pessoas com deficiência em significativas atividades de lazer, intrinsecamente motivadas, contribui para a saúde física e mental, para as relações sociais e pode melhorar a QV. (MURPHY *et al.*, 2010; PALISANO *et al.*, 2011).

A prática da dança, na medida em que promove um trabalho corporal e psicomotor, contempla igualmente os elementos que vão ao encontro dos fatores identificados por esses autores, como sendo importantes para promover a funcionalidade, como: participação efetiva em atividades prazerosas, motivação, socialização e bem-estar. Sendo assim, essa atividade torna-se uma opção na busca por alternativas consistentes para o aumento da QV e da integração social de jovens com PC (BRACCIALLI, 1998; MURPHY *et al.*, 2010; DOS SANTOS; BRAGA, 2010; PALISANO *et al.*, 2011).

Alguns estudos foram realizados para investigar o efeito da dança como recurso terapêutico no auxílio do desenvolvimento de habilidades psicomotoras em crianças e adolescentes com PC. Em sua maioria, esses estudos utilizaram análises qualitativas para mensurar os resultados, os quais constataram efeito positivo no comportamento motor, na imagem corporal, na autoestima e na QV (BRACCIALLI, 1998; OLIVEIRA *et al.*, 2002; PERES, 2004; GUIMARÃES; SANTANA, 2005; VALDEVITE *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009; CHAITOW *et al.*, 2010; DOS SANTOS; BRAGA, 2010; GARÇÃO, 2011). Estudos com dançaterapia, aplicada a outras populações atípicas, demonstraram os benefícios possíveis tanto nos aspectos sociais, cognitivos e emocionais, referentes à hiperatividade, agressividade, ansiedade e depressão, quanto nos aspectos físicos/motores, relacionados à flexibilidade, coordenação, equilíbrio e mobilidade funcional (RITTER; LOW, 1996; PRATT, 2004; ERFER; ZIV, 2006).

Com base nos conceitos atuais sobre deficiência e reabilitação, recomendados pela OMS, considerou-se a proposta de utilizar o gênero de dança Hip Hop como aliado recurso psicomotor aplicado a crianças e adolescentes com PC, de

modo a avaliar o efeito dessa prática nos aspectos emocionais, biopsicossociais e na qualidade de vida desses indivíduos.

Foi encontrado apenas um trabalho com o objetivo de mensurar o efeito da prática da dança na QV de crianças e adolescentes com PC (DOS SANTOS; BRAGA, 2010), por meio de questionário consistente. Esse estudo utilizou o *Child Health Questionnaire* (CHQ-PF 50), instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida relacionado à saúde, traduzido e adaptado para a versão brasileira. Esse questionário deve ser preenchido pelos pais e sua versão é destinada a crianças com mais de 5 anos e adolescentes. Constitui-se de 50 itens e foi desenvolvido para avaliar o bem estar físico e psicossocial.

O presente estudo avaliou o impacto da prática de dança na QV e nos aspectos emocionais e biopsicossociais, por meio dos questionários IARRP e CBCL, respectivamente. Estudos anteriores demonstraram que o IARRP é sensível para detecção de mudanças ao longo do tempo (RITTER; LOW, 1996; HAYNES; SULLIVAN, 2001; ALLEN *et al.*, 2008; SIMÕES DE ASSIS *et al.*, 2008; LEE *et al.*, 2010; KWON *et al.*, 2011; COUTINHO DOS SANTOS *et al.*, 2011).

A utilização do IARRP para avaliação de QV em crianças com várias doenças neuromusculares tem mostrado que seus indicadores podem ser empregados como monitores da estabilização, deterioração ou melhora da evolução clínica, sendo válido inclusive na avaliação dos benefícios do uso da toxina botulínica e de várias intervenções ortopédicas (RITTER e LOW, 1996; HAYNES e SULLIVAN, 2001; ALLEN *et al.*, 2008; ZAAP, 2008; LEE *et al.*, 2010; KWON *et al.*, 2011; COUTINHO DOS SANTOS *et al.*, 2011). Zaap (2008) investigou e constatou que os fatores biopsicossociais de crianças e adolescentes com PC relacionavam-se com os aspectos de qualidade de vida. Para tanto, aplicou os questionários IARRP e CBCL e pôde constatar correlações positivas nessa análise.

Para avaliar o efeito da prática da dança na QV nos aspectos biopsicossociais das crianças e adolescentes com PC, no presente estudo, foi criado um grupo, para o qual se ofertou a modalidade de dança Hip Hop. A formação do grupo Guerreiros do Hip Hop contribuiu para a adesão, pois, conforme descreve Schwanke (2007), a formação de um grupo de dança é um modo de organização da própria dança para aumentar sua probabilidade de sobrevivência. Quando um grupo funciona, significa que tem condições de operar e garantir sua continuidade (SCHWANKE, 2007).

No presente estudo, embora 32 crianças tenham participado da prática de dança e dezessete da apresentação ao público, apenas nove concluíram o questionário adequadamente e formaram o GE. Em oito questionários o preenchimento incompleto de questões impossibilitou que o programa convertesse as respostas em escores, invalidando também as demais questões preenchidas corretamente.

Na revisão da literatura se observou que estudos semelhantes, os quais necessitaram da adesão dos participantes com PC em intervenções que propuseram o uso da dança, apresentaram número de participantes reduzido. Dos Santos e Braga (2010), que avaliaram o efeito da dança na qualidade de vida de 20 crianças e adolescentes com PC, não informaram sobre as perdas ao longo do estudo e realizaram a aplicação dos questionários em apenas um momento do estudo. Braccialli (1998), que avaliou a influência da dança no desenvolvimento da criança com PC, utilizou apenas 4 indivíduos; Garção (2011) estudou a influência da dançaterapia na mobilidade funcional de 10 crianças com PC; e Guimarães e Santana (2005) avaliaram a aplicabilidade da dança terapêutica na recuperação funcional em 5 participantes com PC. Oliveira *et al.*, (2002) avaliaram a dança no desenvolvimento motor de 14 portadores de deficiência mental, sendo três com diagnóstico PC. Foram encontrados três estudos de caso que avaliaram o impacto da dança na PC (VALDEVITE *et al.*, 2007; SILVA, CARVALHO e NETO, 2009; CHAITOW *et al.*, 2010).

O GE e o GC que constituíram o presente estudo foram homogêneos em relação à idade, renda *per capita*, raça e escolaridade. Quanto ao sexo, a distribuição também ocorreu de maneira homogênea, sendo cinco do sexo masculino e quatro do feminino, diferentemente dos demais estudos em que a maioria dos participantes com PC submetidos à dança eram do sexo feminino.

Nos estudos de Braccialli (1998), Garção (2011) e Oliveira *et al.*, (2002) todos os participantes avaliados eram do sexo feminino. No estudo de Dos Santos e Braga (2010) a distribuição quanto ao sexo foi semelhante à presente pesquisa com 60% do sexo masculino e 40% do feminino. Dos cinco participantes avaliados por Guimarães e Santana (2005), quatro eram do sexo feminino. Dos três estudos de caso encontrados, dois foram realizados com participantes do sexo feminino (VALDEVITE *et al.*, 2007; SILVA; CARVALHO; NETO, 2009; DOS SANTOS; BRAGA, 2010). Embora ao início deste estudo a adesão do sexo feminino tenha sido maioria, no decorrer dos trabalhos houve a inclusão de meninos. O fato de o gênero de dança

escolhido ter sido o Hip Hop pode ter contribuído para o interesse, adesão e permanência de crianças e adolescentes do sexo masculino, uma vez que o histórico dessa modalidade, caracterizada pela execução de passos bem marcados, com movimentos fortes e impactantes, mostra o protagonismo de elementos do sexo masculino. No estudo de Dos Santos e Braga (2010), no qual ocorreu participação semelhante dos dois sexos, foram aplicadas músicas com temas infantis.

No presente estudo a mediana de idade dos participantes apontou para uma tendência à diferença com significância estatística, sendo que a mediana do GC foi de 8,8 anos e a do GE foi de 11,5 anos. De acordo com as curvas de evolução e prognóstico, com base nos dos escores de GMFM-66, tanto no nível I quanto no nível II da SCFMG, é prevista estabilidade da curva a partir da idade média de 10 anos (ROSENBAUM *et al.*, 2002; HANNA *et al.*, 2009). Com base nessa previsão, a idade mediana maior no GE apresentou-se compatível com a fase de estabilização da função motora nos níveis I e II da SCFMG, o que sugere uma evolução mais lenta em relação ao GC, o qual apresentou idade mediana abaixo da prevista para estabilização, o que favorece a aquisição de habilidades motoras dos participantes desse grupo. No estudo de Dos Santos e Braga (2010), que também utilizou grupo controle, a média do GE foi de $17 \pm 2,9$ anos e do GC de $11,6 \pm 4,8$ anos. A média de idade no estudo de Garção (2011) foi de $7,2 \pm 1,2$ anos. Braccialli (1998) avaliou a faixa etária entre 10 e 15 anos. Guimarães e Santana (2005) avaliaram a faixa etária compreendida entre 17 e 32 anos. No estudo de Oliveira *et al.* (2002) a média de idade foi de 20 anos. Os estudos de caso foram realizados com pacientes com idades de 4 anos, 9 anos e um adulto jovem (SILVA *et al.*, 2009; CHAITOW *et al.*, 2010; DOS SANTOS; BRAGA, 2010).

No presente estudo a mediana da renda *per capita* apontou para uma tendência à diferença com significância estatística entre os grupos, sendo que a do GE foi de R\$ 240,0 e do GC de R\$ 200,0. No estudo de Dos Santos e Braga (2010), a renda familiar média foi de R\$ 1.239,00 no GE e de R\$ 1.320,00 no GC, considerando que a pesquisa foi realizada no estado de São Paulo - BR. O fato de a amostra do presente estudo ter sido formada por meio dos encaminhamentos de pacientes assistidos em um hospital de uma Universidade Federal, possibilitou que a prática da dança pudesse ser usufruída pela população com baixa renda familiar. Apesar de a dança ser considerada necessária para a formação psicomotora de crianças e jovens (SILVEIRA *et al.*, 2008), as escolas públicas estão ainda implementando essa prática na grade curricular. As escolas privadas já oferecem a prática da dança como

atividade complementar, porém não inserida na grade curricular. A população típica e com maiores condições financeira é ainda a que mais tem condições de usufruir dessa prática, pois os gastos com mensalidade, figurino (roupas para apresentações), locação de teatro para apresentações, ingressos, inscrições em eventos e viagens (quando se tratam de grupos) demandam custos relativamente altos. No entanto, em relação ao gênero Hip Hop, nota-se o crescimento de projetos sociais no Brasil que utilizam a prática desse gênero para diminuição da marginalidade e da criminalidade de pessoas típicas em situação de vulnerabilidade social (CASTRO; CASTANHO, 2013).

A distribuição de raça no presente estudo também foi homogênea nos dois grupos sendo cinco pacientes da raça branca e quatro da negra. Os estudos encontrados não informaram essa distribuição. Segundo os dados do Instituto Paraense de Desenvolvimento Econômico e Social, publicado no ano de 2013, a população de Curitiba é constituída por 1.381.938 habitantes de raça branca e 49.978 de raça negra. Observando esses dados pode-se considerar que o presente estudo teve uma participação maior de participantes da raça negra do que a esperada, ao se comparar com a distribuição municipal. (IPARDES, 2013)

Nos dois grupos deste estudo a distribuição topográfica prevalente foi hemiplegia, seguida da diplegia. O estudo de Garção (2011) avaliou a mobilidade funcional em crianças com diagnóstico de PC hemiparética espática, classificadas no nível III do SCFMG. O estudo de Dos Santos e Braga (2010), avaliou crianças e adolescentes hemiparéticos, diparéticos e tetraparéticos. No estudo de Oliveira *et al.* (2002), as três participantes apresentavam PC hemiplégica. No estudo de caso de Dos Santos e Braga (2010), a participante era diparética, nos de Valdevite *et al.*, (2007) e Silva *et al.* (2009), as participantes eram tetraparéticas. Os demais estudos não especificaram a topografia. Uma vez que neste estudo foram incluídos apenas pacientes de níveis I e II no SCFMG, deambuladores comunitários, a tendência seria a participação de crianças com menor comprometimento, o que justifica a ausência de tetraparesia.

Em relação ao tempo de aplicação entre os questionários foi constatada diferença entre o GE e o GC, com significância estatística. Uma vez que o GC apresentou média do intervalo de tempo entre as aplicações maior que a média do GE, submetido à intervenção, pode-se considerar que esse grupo teria tido maior tempo para produzir mudanças significativas. Porém, considera-se também que esse intervalo

de tempo pode propiciar a ocorrência de fatores externos na vida desses indivíduos, positivos ou negativos, interferindo na qualidade de vida e no perfil emocional e biopsicossocial. O estudo de Dos Santos e Braga (2010), que teve como objetivo verificar a qualidade de vida em crianças e adolescentes com PC que realizam fisioterapia e que praticam aulas de dança, utilizou a aplicação do questionário de QV - *Child Health Questionnaire* (CHQ-PF 50) em apenas um momento do estudo. Não foram encontrados estudos que avaliassem o efeito da dança na qualidade de vida ou na participação social de populações típicas por meio de duas aplicações de questionários validados, antes e depois da intervenção.

Neste estudo o GC apresentou número maior de participantes classificados como nível II da SCFMG, o que implicaria maior acometimento motor nesse grupo, podendo ser considerado um viés na comparação entre os grupos. Segundo Chen *et al.* (2013), os índices de qualidade de vida de crianças e adolescentes com PC (objetivo deste estudo), classificadas nos níveis I e II da SCFMG, são semelhantes em relação a bem-estar social, funcionalidade, participação e atividade física, bem-estar emocional, saúde familiar, acesso a serviços, dor e impacto da incapacidade, tal como foram analisados nesse estudo. O único estudo, em que foi analisado o efeito da dança em indivíduos com PC, no qual o autor utilizou o nível da SCFMG como critério de inclusão foi o de Garção (2011), que avaliou crianças no nível III. Os demais estudos consideram classificações mais grosseiras do nível de funcionalidade (BRACCIALLI, 1998; GUIMARÃES; SANTANA, 2005; VALDEVITE *et al.*, 2007). Segundo Zonta *et al.* (2011), a vantagem de utilizar a padronização por meio da SCFMG é oferecer ao pesquisador uma forma prática, rápida e objetiva de classificar a função motora grossa em todos os tipos de PC, amplamente aceita, que permite maior entendimento do comportamento motor tanto na resposta às intervenções, quanto no prognóstico, nos diferentes níveis de funcionalidade, de modo que os achados dos estudos possam representar maior consistência e ser replicados em comparações e desenvolvimento de demais trabalhos.

Em relação à escolaridade, a distribuição dos participantes abrangeu o ensino Fundamental I, Fundamental II e Ensino Médio. No estudo de Dos Santos e Braga (2010), que avaliou a QV de crianças e adolescentes com PC, 90% frequentavam o ensino Fundamental, apesar de a média de idade do GE ser maior ($17 \pm 2,9$ anos).

Para observar o efeito da PD nas dimensões de QV do IARRP e nos aspectos biopsicossociais do CBCL, os resultados do GE foram comparados com os do GC.

Nesta comparação foram constatados resultados melhores no GE em relação aos do GC.

Haynes e Sullivan (2001) aplicaram o IARRP em 57 crianças e 27 adolescentes normais, e observaram que os escores obtidos foram altos, com valor próximo ou igual a 100 e que um escore em torno de 80 ou menos significa que a criança encontra-se com sua capacidade funcional abaixo da esperada.

Na avaliação inicial, tanto o GE como o GC apresentaram média de escores dentro do esperado nas dimensões do IARRP, exceto em SPF, em que o GC apresentou média de escore abaixo do esperado. Talvez a menor média do GC nessa área se deva à presença de maior número de participantes com SCFMG nível II nesse grupo. O fato de as demais médias, para ambos os grupos, estarem dentro do esperado corrobora com o resultado do estudo de Chen *et al.* (2013), segundo o qual, os índices de qualidade de vida de crianças e adolescentes com PC (fator de análise deste estudo), classificadas nos níveis I e II da SCFMG, apresentam níveis semelhantes nos dois níveis, em relação a bem-estar social, funcionalidade, participação e atividade física, bem-estar emocional, saúde familiar, acesso a serviços, dor e impacto da incapacidade, tal como os analisados no presente estudo.

Em relação às dimensões TBM e SPF do IARRP o grupo que praticou a PD apresentou melhores resultados ao manter a estabilidade nessas dimensões, com tendência à melhora, ao passo que o GC apresentou redução dos escores no decorrer do tempo. Os piores resultados do GC no M1 podem ser atribuídos ao fato de esse grupo apresentar mais participantes classificados como Nível II no SCFMG, com maior comprometimento e predisposição a perdas. Por outro lado, os melhores resultados do GE podem ser atribuídos ao trabalho corporal exigido na PD. A constante alternância rítmica própria do gênero Hip Hop determina que movimentos sejam executados repetitivamente, o que ocorre tanto em passos previamente coreografados, como nos executados instintivamente, igualmente contemplados nessa modalidade. Em ambos os casos, essa prática colabora com os aspectos neurológicos, pois os movimentos repetitivos diminuem a espasticidade e facilitam o aprendizado motor (BOBATH, 1963). O princípio da neuroplasticidade neuronal preconiza a necessidade de experiências corporais repetitivas para que o aprendizado motor aconteça (JANG *et al.*, 2003; CHEN *et al.*, 2005). Os demais estudos que avaliaram aspectos motores de crianças e adolescentes com PC submetidas à dança também constataram mudanças. O estudo de Garção (2011), que avaliou a mobilidade

funcional de dez meninas, concluiu que a prática propicia estímulos capazes de influenciar na aquisição da mobilidade funcional mensurada antes e depois de 18 sessões de dançaterapia por meio das dimensões D (em pé) e E (andar, correr e pular) da escala GMFM. Braccialli (1998) constatou melhora na execução de movimentos simétricos ou dissociados dos membros superiores e maior independência nas atividades de vida diária (AVDs). Guimarães e Santana (2005) constataram melhora no equilíbrio estático e dinâmico e na coordenação neuromuscular grossa, por meio de avaliação fisioterápica neurofuncional. Oliveira (2008), constatou por meio da escala de desenvolvimento motor aumento da motricidade ampla, equilíbrio e organização espacial. Os estudos de caso de Valdevite *et al.* (2007), Silva *et al.* (2009) e Dos Santos e Braga (2010) identificaram melhora no equilíbrio tanto para aquisição quanto para fixação postural e, também, na bipedestação e marcha, força muscular, simetria, coordenação motora e normalização do tônus.

No atual estudo o maior número de aulas e o tempo de frequência na PD esteve relacionado à melhora em transferências e mobilidades, observada na dimensão TBM do IARRP. Embora o n reduzido diminua o poder de conclusões fidedignas nesta análise (Coeficiente de Spearman), os resultados positivos e semelhantes nas duas variáveis em relação à dimensão TBM evidenciam a confiabilidade dos resultados encontrados. Estudos com dançaterapia em demais populações atípicas também referem mudanças no aspecto físico. Hanna (1995) também afirmou que a terapia com dança pode levar ao aumento da mobilidade física. No estudo de Couper (1981), foi observada melhora sobre as habilidades motoras de um grupo de crianças com dificuldades de aprendizagem após a prática da dança terapêutica. No estudo de Murrock e Graor (2013), foi identificada melhora significativa na função física, depressão e incapacidade de 40 idosos que praticaram a dançaterapia duas vezes por semana durante 12 semanas. Braüninger (2012) avaliou a QV de pessoas típicas com níveis de estresse alto que praticaram a dançaterapia e constatou significância estatística na melhora da função física. Ricotti e Ravaschio (2011) identificaram a melhora do equilíbrio em jogadores de futebol que praticaram *Break Dance*, um dos elementos constituintes do gênero Hip Hop, o qual foi também trabalhado com os integrantes do presente estudo durante a PD, devidamente adaptado às suas necessidades e condições físicas.

Ao se considerar que, segundo Leinig (2008), as músicas alegres, de andamento rápido e em tonalidade maior determinam o aumento da força muscular, a ponto de produzir estados de grande excitabilidade motora, pode-se afirmar que as músicas da modalidade Hip Hop, utilizadas no presente estudo, influenciaram na energia muscular e consequentemente no desempenho motor. As sequências rítmicas e melódicas, dinâmicas e bem marcadas do Hip Hop serviram como estímulo motor, uma vez que os movimentos foram executados com a devida adequação, orientação e acompanhamento da fisioterapeuta/professora, de modo a não desencadear o processo de espasticidade nas crianças e adolescentes. Para a execução desses movimentos deu-se ênfase no deslocamento isolado do quadril e cintura escapular, como base para realização de diversificadas expressões corporais, próprias da modalidade, as quais exigem definição na postura e nos gestos.

A vantagem no comportamento do GE em SPF também pode ser atribuída a fatores emocionais, pelo fato de os participantes se sentirem mais capazes de incluir atividades esportivas em suas rotinas. Segundo Ritter e Low (1996), crianças com diferentes perturbações físicas e psicológicas se beneficiam com o aumento da participação e da atenção quando submetidas à dançaterapia.

O grupo que praticou a PD também apresentou aumento no escore global do IARRP (FGS), ao passo que o GC teve diminuição nesse escore. O estudo de Braüninger (2012), que avaliou a QV de pessoas típicas com níveis de estresse alto, que também praticaram a dançaterapia, constatou relevante melhora da dimensão global.

Em relação aos itens do CBCL, observou-se neste estudo que, mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos, os valores obtidos no GE sugerem uma melhor evolução, quando comparados aos do GC considerando 5 síndromes: ***Isolamento e Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e Problemas Internalizantes.***

Em relação à escala **Social**, observou-se no GE um aumento significativo dos escores na avaliação final, enquanto no GC ocorreu uma discreta perda. As escalas **Social e Atividades** se relacionaram com o tempo de PD, indicando que quanto maior o tempo e número de aulas realizadas, maior o ganho nessas dimensões. Ritter e Low (1996) também constataram que diferentes populações submetidas à dançaterapia, inclusive grupos de pessoas com lesão cerebral, aumentaram a capacidade de conviver com outras pessoas. No estudo de Labronici *et al.* (2000) 30 indivíduos

portadores de limitação física, especialmente aqueles que tinham algum tipo de doença crônica, foram submetidos a atividades esportivas como método de reabilitação para avaliação dos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Depois de dois anos, não foi constatada nenhuma mudança relevante na evolução dos movimentos dos atletas; no teste psicológico, entretanto, apresentaram alto vigor e baixa depressão e, considerando-se os aspectos sociais, apresentaram melhora substancial especialmente em relação à sua relação com uma pessoa ou mais pessoas e também nas atividades diárias (seja social, de lazer ou doméstica), o que lhes proporcionou melhor integração social. Em se tratando do presente estudo, o estilo Hip Hop, caracterizado por coreografias dinâmicas, pautadas em execuções bem marcadas e na interação precisa entre os dançarinos, exerce influência sobre a energia muscular e o estado de ânimo, tal como define Leinig (2008), e também pode ter corroborado para os resultados positivos nas escalas **Atividades** e **Social**. É possível observar que essa interação, própria da execução coreográfica no estilo, estende-se a iniciativas de troca de experiências e afinidades entre os participantes acerca dos novos desafios.

Em relação à síndrome **Ansiedade/Depressão**, observou-se que o GE obteve diminuição do escore enquanto que o GC se manteve igual. Vários estudos constataram o efeito positivo da dança terapêutica em relação a esse aspecto, com índices relevantes. Essa conclusão foi constatada na meta-análise de Ritter e Low, (1996) por meio de vários estudos quantitativos, que comprovaram a diminuição da ansiedade e depressão em diferentes populações submetidas à dançaterapia. Ritter e Low (1996), Pratt (2004) e Murrock e Graor (2013) também relataram a diminuição da ansiedade e depressão em grupos de crianças e idosos com lesão cerebral submetidos a essa prática. Em estudo realizado por Koch, Morlinghaus e Fuchs (2007), comparou-se um grupo de pacientes psiquiátricos depressivos submetidos a atividades com música e um outro a danças circulares. O grupo que recebeu a intervenção com dança apresentou diminuição do quadro depressivo em relação ao outro, sendo a diferença de resultados entre os grupos estatisticamente significativa. Um estudo realizado com 14 mulheres sobreviventes de câncer de mama submetidas a um programa com dança tradicional grega e exercícios em membros superiores, por 24 semanas, mostrou diminuição significativa do índice de depressão (KALTSATOU; MAMELETZI; DOUKA, 2011). No presente estudo, embora o GC também tenha apresentado redução na síndrome **Queixas Somáticas**, a diferença no GE foi maior,

porém, a diferença de ganho entre os grupos não foi estatisticamente significativa. A PD também influenciou positivamente a síndrome **Comportamento Agressivo**, de modo que o grupo que praticou as aulas obteve diminuição dos escores. Ao se considerar que, para o aproveitamento adequado da PD durante as aulas, foram exigidos e estimulados a disciplina e o respeito entre as crianças e adolescentes, esse fator pode ter corroborado para a diminuição da agressividade dos participantes. Também a modalidade de dança *Hip Hop*, utilizada neste estudo, apresenta em sua identidade histórica a manifestação dos elementos que a constitui para transformação de realidades violentas em ambientes culturais, de modo que indivíduos propensos à agressividade, com necessidades de expor suas angústias e tristezas, pudessem expressar-se vigorosamente, porém de maneira artística, contribuindo para a cultura social (CASTRO; CASTANHO, 2013). Os momentos vivenciados na PD em que as crianças e adolescentes também puderam manifestar e expressar suas necessidades, podem ter contribuído para a diminuição da agressividade no GE, diferentemente do que ocorreu no GC. Esse No presente estudo, também foi possível observar diferença estatisticamente significativa em **Total de Problemas**, em que o GE obteve diminuição nesse item enquanto que o GC se manteve igual. Em relação a síndrome **Problemas de Ansiedade**, o grupo que participou da PD apresentou diminuição do escore, enquanto que o grupo que não praticou as aulas manteve-se semelhante. Dois estudos mostram a diminuição da ansiedade em adolescentes com distúrbios alimentares, como a obesidade, por exemplo. Quando submetidas à dança terapêutica, elas obtiveram melhora da consciência da imagem corporal (RITTER; LOW, 1996; PRATT, 2004).

Na análise isolada de cada grupo, não foi encontrada diferença com significância estatística nas dimensões do IARRP e nas Competências Sociais do CBCL nos dois grupos. Porém, considerando-se os índices apresentados na comparação entre o comportamento dos grupos durante o estudo, observa-se que nas dimensões transferência e mobilidade básica (TBM), função física e esportiva (SPF) e no escore global (GSF), os índices obtidos foram melhores que os do GC, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. O mesmo ocorreu nas escalas **Social e Total de Competências** do CBCL, mostrando os benefícios da PD para o perfil emocional e biopsicossocial desses indivíduos.

A análise que comparou os dois momentos do estudo isoladamente em cada grupo demonstrou resultados com significância estatística no GE, com diminuição dos

escores nas síndromes: ***Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Comportamento Agressivo, Problemas Externalizantes, Total de Problemas, Problemas de Ansiedade, e Comportamento Opositor Desafiante, Problemas de Pensamento, Problemas Internalizantes e Problemas Afetivos.*** Segundo Vygotsky, citado por Ghassemzadeh, Posner e Rothbart (2013), as atividades interativas são fundamentais no desenvolvimento da mente da criança, o que pode explicar a melhora em ***Problemas de Pensamento***. O estudo realizado por Freilich e Shetchtman (2010) investigou, por meio do CBCL, a contribuição da arte-terapia para o ajuste de crianças com dificuldade de aprendizagem e constatou melhora dos sintomas internalizantes e externalizantes, com significância estatística, quando comparado com o grupo que apenas recebeu assistência acadêmica convencional. No estudo citado, constataram-se modificações de clínico para normal no grupo submetido à arte-terapia, sendo estas estatisticamente significativas, ao passo que o grupo que recebeu assistência não apresentou mudanças significativas. No presente estudo, ainda considerando a análise isolada dos grupos, o GC obteve também diminuição em ***Queixas Somáticas***, porém o GE atingiu resultados melhores na comparação entre os grupos, sendo que no primeiro momento de avaliação os dois grupos eram semelhantes e no segundo apresentaram diferença com significância estatística, observando-se maior diminuição do sintoma do GE. Foi observada também diminuição com significância estatística no GC em ***Problemas Somáticos e Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade***. A comparação entre os grupos mostra que os participantes do GC já apresentavam mais sintomas de ***Queixas Somáticas*** em relação aos participantes do GE no início do estudo. Embora o GC tenha apresentado uma diminuição mais expressiva, observou-se que o GE manteve-se com escores mais baixos, o que mostra uma menor necessidade de redução desse sintoma. Em ***Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade*** o comportamento foi semelhante na comparação entre os dois grupos e o GE apresentou uma tendência à diferença estatisticamente significante na análise isolada.

Em relação aos escores do IARRP considerados como dentro ou abaixo do esperado, e aos escores do CBCL classificados como ***normal, clínico*** ou ***limítrofe***, observou-se que a PD influenciou positivamente para que os participantes conseguissem converter alguns itens considerados patológicos ou preocupantes para um nível de normalidade, ou ainda evitar a piora dos fatores negativos. Os integrantes do GC também apresentaram mudanças positivas, porém, diferentemente do GE,

apresentaram alterações negativas, principalmente em relação aos sintomas e síndromes do CBCL.

No presente estudo, tanto o maior o número de aulas frequentadas, como o maior tempo de participação na PD estiveram relacionados com o ganho em TBM, o que mais uma vez pode ser atribuído ao trabalho corporal realizado na PD, o qual foi, inclusive, adaptado às necessidades de crianças e adolescentes com PC.

Neste estudo observou-se que a menor idade esteve relacionada aos melhores resultados em ***Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Total de Problemas***, o que corrobora com o fato de a menor escolaridade ter se relacionado com os melhores resultados em ***Total de Problemas***, considerando-se que os participantes com menor escolaridade apresentam idades menores. Considera-se que pacientes mais jovens apresentam personalidade menor consolidada, sendo mais suscetíveis a abordagens que visam à modificação do perfil emocional e psicossocial. Na meta-análise de Ritter e Low (1996), observou-se que os efeitos da dançaterapia em crianças são modestos em relação aos de adultos e adolescentes. No entanto, as metodologias utilizadas diferem das preconizadas neste estudo. A PD propõe etapas bem definidas com base na metodologia de dança usualmente utilizada para população típica, a qual os habilita à realização de improvisos, mas exige, também, a memorização das sequências coreográficas. Essas memorizações, por sua vez, exigem concentração, disciplina, habilidades de execução e comprometimento com o grupo. O fato de os indivíduos conseguirem realizá-las pode favorecer positivamente tanto os sentimentos internos e aspectos emocionais como seu comportamento e interação com o ambiente.

Embora não tenha havido correlação entre o número de aulas frequentadas e os resultados obtidos nas síndromes e sintomas do CBCL, a discussão anterior mostra que outros aspectos da PD trouxeram benefícios ao perfil emocional e psicossocial dos indivíduos do GE. A falta de correlação com o número de aulas pode ser explicada pelo fato de que a participação, no sentido de “fazer parte do grupo”, possa ter sido o fator mais determinante na mudança positiva, independentemente de quantas aulas os participantes conseguiram frequentar. No momento em que os participantes iniciavam a PD, o acolhimento grupal e os novos desafios a serem compartilhados já se inseriam na realidade das crianças e adolescentes encaminhadas, favorecendo a

criação de novas expectativas. A frequência mínima exigida foi suficiente para que os participantes pudessem partilhar das ideias e objetivos em comum vivenciados no grupo, o que pode ter favorecido em relação à diminuição homogênea dos sintomas do CBCL, apesar de os indivíduos terem frequentado um número diferente de aulas até o final do estudo. Essa constatação concorda com os estudos que identificaram a participação como fator determinante na vida de pessoas com deficiência (BECKUNG; HAGBERG, 2002; BADLEY, 2008; KERR *et al.*, 2008; FAUCONNIER *et al.*, 2009; COLVER; DICKINSON; GROUP, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; DICKINSON *et al.*, 2012; KANG *et al.*, 2012; DAVIS *et al.*, 2013).

Os indivíduos que apresentaram pontuação maior em capacidade de concentração, participação, segurança em si mesmo, aptidão para a dança e tempo de treino em casa, obtiveram melhores resultados nas síndromes ***Isolamento e Problemas Afetivos***. O mesmo se observa na meta-análise realizada por Ritter e Low (1996), em que os sintomas de isolamento e afeto foram reduzidos significativamente nos grupos submetidos à dançaterapia. No presente estudo, os indivíduos que apresentaram escores mais altos em capacidade de participação durante a PD obtiveram maior ganho em ***Competência Social***. Também os indivíduos que apresentaram maior tempo de treino em casa obtiveram maior redução dos escores em ***Problemas de Ansiedade***. Esse dado aponta para a impressão de que o treino em casa contribui para a diminuição do sintoma e que os indivíduos mais ansiosos passavam mais tempo treinando em casa.

Os questionários foram extremamente importantes para avaliar de forma objetiva os aspectos abordados até o momento. Por outro lado, certas observações não podem ser medidas nesses parâmetros, mas podem auxiliar na compreensão dos resultados obtidos, especialmente em relação aos participantes do GE.

Inicialmente constatou-se a inibição acentuada das adolescentes, o que constituiu o primeiro desafio para formação da amostra. Uma vez que a dança depende, *a priori*, da resposta corporal para sua execução (SCHWANKE, 2007), esse comportamento representou o primeiro impasse a ser superado para a composição da primeira turma da PD. No entanto, no transcorrer das aulas, pode-se perceber que a resistência a se auto-observar no espelho, requisito imprescindível às aulas de dança, foi-se atenuando na medida em que o envolvimento e interesse das adolescentes pelas execuções foi acontecendo. Guimarães (2005) avaliou a aplicabilidade da dançaterapia para a recuperação funcional de indivíduos com distúrbios percepto-motores moderados e graves, identificou melhora do esquema e

imagem corporal nos 5 participantes com PC do estudo. Ritter e Low (1996), Pratt (2004) e Erfer e Ziv (2006) também afirmam que a dançaterapia afeta positivamente a imagem corporal. Pratt (2004) citou, inclusive, em seu estudo com adolescentes abusadas sexualmente a redução dos problemas de autoconsciência e sintomas de vergonha, ao participarem de atividades de dançaterapia.

Pode-se afirmar que nas crianças a característica de inibição foi menos presente em relação às adolescentes, o que permitiu fácil aceitação da PD e também maior receptividade ao trabalho de improvisação. De acordo com Pratt (2004), a improvisação pode ser útil para ajudar as crianças a fortalecerem o vínculo entre a criatividade e o desenvolvimento motor, o que vai ao encontro da natural apreciação das crianças por esse tipo de execução. Também foi observada nas crianças maior facilidade na memorização e na execução das sequências coreográficas. Segundo estudo de meta-análise realizado por Ritter e Low (1996), para as crianças, a dançaterapia é uma modalidade potencialmente inovadora e eficaz, uma vez que os participantes apresentam tendências para o jogo criativo e físico. Pratt (2004) também apontou que o aprendizado de movimentos de dança típico ajuda crianças com deficiência a desenvolverem imagem positiva do corpo e autoexpressão criativa.

Durante a PD, pôde-se notar que as adolescentes demonstraram maiores restrições para execução dos movimentos que exigiam mobilidade de tronco e quadril. As curvas de evolução da SCFMG (ROSENBAUM *et al.*, 2002) preveem que as crianças (idade menor) classificadas nos níveis I e II ainda se encontram em fase de aquisição de habilidades motoras, ao passo que as adolescentes (idade maior) já atingiram a estabilidade no desenvolvimento motor. Zonta (2009) também apontou que o maior tempo de espasticidade acarreta maiores dificuldades na execução de habilidades motoras. Também foi percebido nas crianças, maior faticidade de memorização dos passos e coreografias ensinadas, em relação às adolescentes. Segundo Cunha e Giordan (2012), Vygotsky tratou da diferença entre o pensamento da criança e do adolescente que ele denominou “idade de transição”. Para Vygotsky, o que para um escolar é externo no âmbito da memória lógica, da atenção arbitrária, do pensamento, torna-se interno no adolescente. Para um adolescente lembrar significa pensar e para criança pensar significa lembrar. (GHASSEMZADEH; POSNER; ROTHBART, 2013).

No comportamento das crianças com menor faixa etária foi observada uma maior dispersão e as execuções foram conduzidas e assistidas de modo que a

distração dos integrantes não prejudicasse a prática. Goodil (1987), citato por Ritter e Low (1996) constatou que a dançaterapia pode ajudar a criança a "exercer o controle sobre o espaço e a recuperar um sentido de controle e de propriedade de seus próprios corpos". Os autores afirmaram, inclusive, que a dançaterapia é uma modalidade de tratamento valiosa para a criação de coesão em grupos de crianças, os quais tenham sido previamente caóticos e desorganizados (RITTER; LOW, 1996; ERFER; ZIV, 2006).

As características físicas diferenciadas dos participantes não comprometeram a homogeneidade. Enquanto o balé clássico, por exemplo, pede por silhuetas similares para movimentos sincronicamente perfeitos, a dança contemporânea permite a convivência da diversidade (SCHWANKE, 2007). Segundo o autor, diferentes biotipos podem dançar e se unirem para dançar, sem um único padrão corporal. Muitas são as estéticas possíveis na cena da dança contemporânea. Em se tratando do gênero Hip Hop, muitos passos, inclusive, são inspirados em movimentos realizados por deficientes físicos, o que deixou os participantes ainda mais à vontade para expressarem sua arte e seu repertório (VIANNA, 1998).

As experiências vivenciadas pelos integrantes na PD os fizeram entrar em contato com a linguagem da dança na perspectiva de uma cooperação interdisciplinar. Pode-se constatar que a adesão à PD contou com um funcionamento adequado, pois segundo o autor Granier (2011), a organização de trabalhos com arte-terapia, para serem efetiva, além de oferecer uma estrutura planejada e diferenciada de ambientes terapêuticos convencionais, deve trazer os elementos da arte utilizada por meio de um facilitador e ainda conquistar dos indivíduos o compromisso e o respeito. O fato de os participantes se sentirem tranquilos por decidirem participar, ou não, também influenciou, pois segundo Granier (2011), a atração e o desejo pela prática é um fator importante e determinante para a adesão à atividade.

Embora tenham ocorrido diferenças quanto às habilidades físicas, emocionais e artísticas, o interesse em participar das aulas e a expectativa de realizar uma apresentação artística constituíram experiências comuns a todos os integrantes. Ao partilharem dos mesmos momentos, com desafios e objetivos em comum, inclusive semelhantes aos vivenciados por artistas do meio, os participantes integraram-se efetivamente em uma atividade prazerosa e estimulante, citada pelos autores como aspecto relevante para a QV de jovens com deficiência (BECKUNG; HAGBERG, 2002; BADLEY, 2008; KERR *et al.*, 2008; FAUCONNIER *et al.*, 2009; COLVER; DICKINSON;

GROUP, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; DICKINSON *et al.*, 2012; KANG *et al.*, 2012; DAVIS *et al.*, 2013). A participação social em atividades que envolvem a dança requer uma associação complexa de elementos diferentes e que não se dissociam: corpo, movimento, espaço e pensamento (SCHWANKE, 2007). Ao se prepararem para a apresentação ao público, os integrantes trabalharam e se familiarizaram com esses elementos, singulares e interligados, os quais, segundo Schwanke (2007), são necessários para produzir dança. Para tanto, entende-se que foi necessário aos integrantes compreenderem inclusive as propostas das coreografias que funcionam como um sistema comunicativo marcado pela heterogeneidade, pois além de usar o corpo como mídia, trabalha com a combinação de vários sistemas: música, cenografia, figurino, literatura, poesia, iluminação, vestuário, vídeo, narração, plateia, entre outros (SCHWANKE, 2007).

A produção da apresentação ao público também sugere resultados benéficos, pois Granier (2011) ressaltou que, quando bem sucedidos, os trabalhos com arte-terapia podem levar a *shows* e exposições e ainda projeções de vida, por parte de alguns praticantes. O autor afirma ainda que nesses trabalhos pode ser revelada a verdadeira identidade de um artista, o que não é suficiente para garantir o sucesso na arte e no mercado. Durante a PD, aptidões para a dança foram identificadas em alguns participantes do grupo, que expressaram seus estilos singulares e também a capacidade de produzirem composições coreográficas. Simultaneamente, participantes com mais dificuldades no desempenho artístico e motor, fizeram-se presentes até o final da PD em decorrência do benefício grupal experimentado. A consideração de Granier (2011) de que os benefícios dos trabalhos com arte-terapia são o acesso ao objeto cultural, tanto como objeto de investimento, quanto como um elo participativo em rede grupal corrobora com o consenso atual da OMS sobre a importância da participação para a funcionalidade e QV de pessoas com deficiência (BECKUNG; HAGBERG, 2002; BADLEY, 2008; KERR *et al.*, 2008; FAUCONNIER *et al.*, 2009; COLVER; DICKINSON; GROUP, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; DICKINSON *et al.*, 2012; KANG *et al.*, 2012; DAVIS *et al.*, 2013). A necessidade do envolvimento e do compromisso dos integrantes da amostra em todas as atividades pertinentes ao âmbito artístico propiciou-lhes experiências de participação e interação sociais efetivas. Essa constatação pode ser relacionada ao conceito de apropriação participatória de Rogoff *et al.* (1995), que se refere à capacidade de mudança dos indivíduos por meio de seu envolvimento em uma ou outra atividade social. Segundo o autor, a participação guiada – como processo interpessoal, por meio

do qual as pessoas se envolvem em atividades socioculturais – permite que a apropriação participatória aconteça. Dessa forma, se estabelece também o processo pessoal, por meio do qual o indivíduo, ao se comprometer com uma atividade, adquire a capacidade de utilizar as experiências adquiridas em uma situação prévia para mudar e controlar uma situação posterior (ROGOFF *et al.*, 2003). Essa teoria auxilia o entendimento em relação às constatações científicas de que o aumento da QV de indivíduos com PC está mais relacionado à participação do que às intervenções medicamentosas e de controle motor (BJORNSEN *et al.*, 2008; TSOI *et al.*, 2012; KNOWLES *et al.*, 2014). Uma vez que a QV é definida pela OMS como a percepção do próprio indivíduo sobre suas expectativas de vida, a apropriação participatória possibilita-lhe que suas capacidades interativas se estabeleçam progressivamente, a cada compromisso com a atividade, suprimindo com mais abrangência as expectativas pessoais possivelmente geradas. Diante das constatações científicas de que o grau de comprometimento desses indivíduos está fracamente relacionado à QV (COLVER; DICKINSON; GROUP, 2010), supõe-se que as expectativas pessoais estejam mais relacionadas à necessidade de interação social, impedida pela limitação física, do que à própria limitação, diretamente. Estudos vêm mostrando que quando a participação efetiva acontece, independentemente da condição física ou motora apresentada, a QV aumenta significativamente. Esse raciocínio pôde ser verificado também no estudo de Knowles *et al.* (2014), do qual participaram 477 crianças com doenças cardíacas congênitas graves, submetidas a atividades de esporte. Houve o impacto positivo dessas atividades na QV das crianças, ao qual foram associados maiores escores de funcionamento psicossocial e de aumento do bem-estar emocional.

O aumento na autoestima e no bem-estar dos participantes do presente estudo também pôde ser constatado durante a PD. Embora esses aspectos não estivessem inseridos entre os itens de medição dos questionários aplicados (IARRP e CBCL), foi possível observá-los no semblante de entusiasmo dos participantes, no zelo pessoal, na criatividade e gosto para compor o vestuário, na predisposição para novos relacionamentos no grupo e em outros ambientes. Todos esses fatores interferem determinantemente na QV de crianças e adolescentes com PC. Uma vez que a QV vem sendo definida como um conceito subjetivo, considerando-se as expectativas de cada pessoa sobre sua própria realidade, pode-se afirmar que, além do aumento da participação social efetiva, as reflexões sobre a vida e as perspectivas de futuro proporcionadas durante a prática da modalidade Hip Hop (a qual se caracteriza historicamente por trazer esses questionamentos) ampliam as possibilidades de os

jovens aspirarem a novas perspectivas e, conseqüentemente, estendem as possibilidades de se satisfazerem diante do que esperam de si mesmos, melhorando a QV. (COLVER; DICKINSON; GROUP, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; CASTRO; CASTANHO, 2013).

O envolvimento familiar – pais, irmãos e responsáveis – também foi constatado durante as atividades, em um ambiente de expectativas positivas em relação às práticas executadas. A valorização das habilidades das crianças e adolescentes com PC foi motivo de emoção e conforto para seus pais, uma vez que, comumente, experimentam sentimentos de pesar e culpa pela condição física, emocional e social de seus filhos. A rotina exaustiva dos tratamentos de reabilitação vivenciada por pais e filhos foi acrescida de momentos prazerosos e de reconhecimento das potencialidades dos jovens e crianças. Esses aspectos refletem-se no bem-estar e na autoestima dessa população, assim como repercutem na funcionalidade de sua vida adulta. Embora a função física na população com PC, mesmo com assistência multidisciplinar, apresente tendência a perdas a partir da adolescência, as funções emocional e social quando bem estabelecidas nessa fase podem permitir a ocorrência de outras experiências bem sucedidas ao longo de suas vidas.

Os resultados apresentados apontam que a prática da dança esteve relacionada com a melhora efetiva de aspectos físicos, emocionais e comportamentais, os quais consistem em fatores determinantes para a qualidade de vida e o perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes com PC. No entanto, algumas limitações podem ser apontadas neste estudo. Embora outros trabalhos apresentem número de participantes semelhante, uma amostra maior contribuiria para que as análises estatísticas pudessem identificar os fatores de interferência com mais relevância. A dificuldade dos pais no preenchimento adequado dos questionários foi o fator que mais prejudicou a formação da amostra final. O ideal seria também que as amostras do GE e GC fossem homogêneas, especialmente considerando-se o nível funcional. No entanto, os benefícios apontados pela análise estatística na qualidade de vida e no perfil biopsicossocial dos integrantes do GE confirmam a importância do tema e sugerem que mais estudos sejam realizados, de modo que a prática da dança por crianças e adolescentes com PC possa ser ampliada de maneira segura e eficiente, tornando-se uma realidade mais frequente e uma grande aliada ao bem-estar dessa população.

6 CONCLUSÃO

1. A prática da dança proporcionou melhora significativa na qualidade de vida e no perfil emocional e biopsicossocial de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral nos seguintes aspectos avaliados pelos questionários:
 - a) O Grupo de Estudo apresentou melhores resultados em relação ao Grupo Controle em: *TBM; SPF; e FGS do IARRP e nas escalas Social e Total de Competências; e nas síndromes Ansiedade e Depressão; Queixas Somáticas; Comportamento Agressivo; Problemas Externalizantes; Total de Problemas; Problemas de Ansiedade e Problemas Somáticos* do CBCL.
 - b) Considerando as diferenças entre os dois momentos de avaliação, o Grupo de Estudo apresentou melhora significativa em 12 itens do CBCL enquanto o grupo Controle apresentou em três itens. A melhora no Grupo Estudo foi observada na escala *Social* e nas síndromes *Ansiedade e Depressão; Queixas Somáticas; Problema Social; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Agressivo; Problemas Internalizantes; Problemas Externalizantes; Total de Problemas; Problemas Afetivos e Problemas de Ansiedade*. No Grupo Controle a melhora foi observada nas síndromes: *Queixas Somáticas; Problemas Somáticos e Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade*.
 - c) Em relação aos escores do IARRP considerados abaixo do esperado, o Grupo de Estudo apresentou discreta melhora no M2 enquanto o Grupo Controle apresentou discreta piora. Em relação aos escores classificados como *clínico* ou *limítrofe* nas competências sociais do CBCL, o Grupo de Estudo

apresentou discreta melhora no M2, enquanto o Grupo Controle permaneceu igual. Em relação aos escores classificados como **clínico** ou **limítrofe** nas síndromes e sintomas do CBCL, o Grupo de Estudo apresentou melhora mais expressiva no M2, enquanto o Grupo Controle apresentou piora mais expressiva.

d) Em relação aos aspectos não inseridos nos itens dos questionários, porém relacionados à Qualidade de Vida e observados durante a prática da dança, evidenciou-se nos participantes do Grupo de Estudo a melhora na imagem e no esquema corporal e o aumento no bem-estar e na autoestima.

2. A respeito da correlação dos dados demográficos com a prática da dança foram observados os aspectos a seguir: a participação em um maior número de aulas de dança esteve relacionada ao maior ganho na dimensão TBM do IARRP; a maior frequência em meses de participação nas aulas de dança esteve relacionada ao maior ganho na dimensão TBM do IARRP e nas escalas **Atividades** e **Social** do CBCL.; a menor idade dos participantes esteve relacionada à maior redução nos escores em: **Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Total de Problemas**. A menor escolaridade dos participantes esteve relacionada à maior redução nos escores em **Total de Problemas**; os participantes com os maiores escores em **Concentração, Segurança, Aptidão, Participação e Tempo de Treino em Casa** foram os que apresentaram maior redução dos escores em **Isolamento e Depressão e Ansiedade**.; Os participantes com maiores escores em **Participação**, foram os que apresentaram maior ganho em **Competência Social**.; Os participantes com os maiores escores em **Tempo de Treino em Casa** foram os que apresentaram maior redução dos escores em **Problemas de Ansiedade** e o sexo não influenciou a qualidade de vida ou o perfil biopsicossocial.

3. A participação social das crianças e adolescentes com PC submetidas à prática da dança foi ampliada, o que pôde ser constatado por meio da: participação efetiva em uma atividade coletiva; capacidade de relacionamento em grupo; exploração dos elementos artísticos característicos da modalidade Hip Hop; participação efetiva em locais e espaços do âmbito artístico da dança; exposição à sociedade das habilidades desenvolvidas e valorização e reconhecimento por parte da comunidade científica e artística dos talentos e habilidades manifestados.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A.; IVANOVA, M. Y. **International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v. 51, n. 12, p. 1261-72, Dec 2012. ISSN 1527-5418.

ALLEN, D. D. et al. **Analysis of the pediatric outcomes data collection instrument in ambulatory children with cerebral palsy using confirmatory factor analysis and item response theory methods**. J Pediatr Orthop, v. 28, n. 2, p. 192-8, Mar 2008. ISSN 0271-6798.

ANZULES, C.; MULLER-PINGET, S.; GOLAY, A. **[Art therapy: self-expression, another way]**. Rev Med Suisse, v. 8, n. 325, p. 239-41, Jan 2012. ISSN 1660-9379.

AVORN, J. **Benefit and cost analysis in geriatric care**. Turning age discrimination into health policy. N Engl J Med, v. 310, n. 20, p. 1294-301, May 1984. ISSN 0028-4793.

BADLEY, E. M. **Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health**. Soc Sci Med, v. 66, n. 11, p. 2335-45, Jun 2008. ISSN 0277-9536.

BECKUNG, E.; HAGBERG, G. **Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy**. Dev Med Child Neurol, v. 44, n. 5, p. 309-16, May 2002. ISSN 0012-1622.

BERGNER, M. **Measurement of health status**. Med Care, v. 23, n. 5, p. 696-704, May 1985. ISSN 0025-7079.

BJORNSON, K. F. et al. **Self-reported health status and quality of life in youth with cerebral palsy and typically developing youth**. Arch Phys Med Rehabil, v. 89, n. 1, p. 121-7, Jan 2008. ISSN 1532-821X.

BORDIN, I.S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) - Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência: dados preliminares. **Revista ABP - APAL**, v. 17, Supp 2, p.55-66, 1995.

BORDIN, I. A. et al. **Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions.** Cad Saude Publica, v. 29, n. 1, p. 13-28, Jan 2013. ISSN 1678-4464.

BOTTI, N. C. et al. **Construction of educational software about personality disorders.** Rev Bras Enferm, v. 64, n. 6, p. 1161-6, 2011 Nov-Dec 2011. ISSN 0034-7167.

BRACCIALLI, L. M. **Dança: influência no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral.** Temas sobre Desenvolvimento, v. 7, n. 38, p. 22-25, 1998.

BRAÜNINGER, I. **The efficacy of dance movement therapy group of improvement of quality of life: A randomized cotrolled trial.** The Arts in Psychotherapy, v. 39, p. 296-303, 2012.

BROWN, J.K.; VAN RENSBURG, F.; WALSH, G.; LAKIE, M.; WRIGHT, G.W. A neurological study of hand function of hemiplegic children. **Dev. Med. Child Neurol.**, London, v.29, p.287-304, 1987.

BOBATH, K. A neuro-developmental treatment of cerebral palsy. **Physiotherapy**, London, p. 242-244, 1963.

BØTTCHER, L.; DAMMEYER, J. **Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities.** Res Dev Disabil, v. 34, n. 10, p. 3607-17, Oct 2013. ISSN 1873-3379.

CALMAN, K. C. **Quality of life in cancer patients - an hypothesis.** J Med Ethics, v. 10, n. 3, p. 124-7, Sep 1984. ISSN 0306-6800.

CAMARGO, C. H. et al. **Botulinum toxin type A in the treatment of lower-limb spasticity in children with cerebral palsy.** Arq Neuropsiquiatr, v. 67, n. 1, p. 62-8, Mar 2009. ISSN 1678-4227.

CASTRO, N.Q.; CASTANHO, M.I.S. **Autoria entre muros e grades: Um olhar psocopedagógico sobre o ensino/aprendizagem de dança na Fundação CASA.** Revista Psicopedagogia, Ago 2013: 30 (92): 129-41

CAMPBELL, A. **Subjective measures of well-being.** Am Psychol, v. 31, n. 2, p. 117-24, Feb 1976. ISSN 0003-066X.

CHAITOW, L. et al. **Modifying the effects of cerebral palsy: the Gregg Mozgala story.** J Bodyw Mov Ther, v. 14, n. 2, p. 108-18, Apr 2010. ISSN 1532-9283.

CHEN, Y.; CHEN, X. Y.; JAKEMAN, L.B.; ACHALK, G.; STOKES, B.T.; WOLPAW, J.R. The interaction of a new motor skill and an old one: H-reflex conditioning and locomotion in rats. **J. Neurosci, (suppl. Eur. J. Neur.)**, Oxford, v.25, n.29, p.6898-6906, 2005.

CHEN, K. L. et al. **The Cerebral Palsy Quality of Life for Children (CP QOL-Child): evidence of construct validity.** Res Dev Disabil, v. 34, n. 3, p. 994-1000, Mar 2013. ISSN 1873-3379.

COLVER, A. F.; DICKINSON, H. O.; GROUP, S. **Study protocol: determinants of participation and quality of life of adolescents with cerebral palsy: a longitudinal study (SPARCLE2).** BMC Public Health, v. 10, p. 280, 2010. ISSN 1471-2458.

COUPER, J. L. **Dance therapy: effects of motor performance of children with learning disabilities.** Phys Ther, v. 61, n. 1, p. 23-6, Jan 1981. ISSN 0031-9023.

COUTINHO DOS SANTOS, L. H. et al. Effective results with botulinum toxin in cerebral palsy. **Pediatr Neurol**, v. 44, n. 5, p. 357-63, May 2011. ISSN 1873-5150.

CUNHA, M. B.; GIORDAN, M. **As Percepções na Teoria Sociocultural de Vigotski: uma análise na escola.** ALEXANDRIA Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, v. 5, n. 1, p. 113-125, 2012. ISSN 1982-153.

DAVIS, E. et al. **Description and psychometric properties of the CP QOL-Teen: a quality of life questionnaire for adolescents with cerebral palsy.** Res Dev Disabil, v. 34, n. 1, p. 344-52, Jan 2013. ISSN 1873-3379.

DEYO, R. a. Measuring Functional Outcomes in Therapeutic Trials for Chronic Disease. **CCLTDH**, v.5, n.3, p.203-320, 1984.

DICKINSON, H. O. et al. **Predictors of drop-out in a multi-centre longitudinal study of participation and quality of life of children with cerebral palsy.** BMC Res Notes, v. 5, p. 300, 2012. ISSN 1756-0500.

DONABEDIAN, A. et al. **The quest for quality health care: whose choice? Whose responsibility?** Mt Sinai J Med, v. 56, n. 5, p. 406-22, Oct 1989. ISSN 0027-2507.

DOS SANTOS, L. B.; BRAGA, D. M. **Dance and physical therapy for children and adolescents with cerebral palsy**. Dança e fisioterapia em crianças e adolescentes com paralisia cerebral, v. 18, n. 4, p. 437-442, 2010.

EDLUND, M.; TANCREDI, L. R. **Quality of life**: an ideological critique. Perspect Biol Med, v. 28, n. 4, p. 591-607, 1985. ISSN 0031-5982.

ERFER, T.; ZIV, A. **Moving toward cohesion**: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. The Arts in Psychotherapy, v. 33, p. 238–246, 2006.

FARIAS, N.; BUCHALIA, C. M. A **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia. 8: 187-93 p. 2005.

FAUCONNIER, J. et al. **Participation in life situations of 8-12 year old children with cerebral palsy**: cross sectional European study. BMJ, v. 338, p. b1458, 2009. ISSN 1756-1833.

FERNANDES de Mello, E.; CANABARRO Teixeira, A. **A interação social descrita por vigotski e a sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias de rede**: IX ANPED SUL Seminário de pesquisa em Educação da Região Sul 2012.

FERRANS, C. E. **Quality of life: conceptual issues**. Semin Oncol Nurs, v. 6, n. 4, p. 248-54, Nov 1990. ISSN 0749-2081.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J.; KASCH, C. R. **Satisfaction with health care of hemodialysis patients**. Res Nurs Health, v. 10, n. 6, p. 367-74, Dec 1987. ISSN 0160-6891.

FLANAGAN, J. C. **Measurement of quality of life**: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil, v. 63, n. 2, p. 56-9, Feb 1982. ISSN 0003-9993.

FREILICH, R.; SHETCHTMAN, Z. **The contribution of arte therapy to the social, emotional, and academic ajustment of children with learning disabilities**. The Art of Psychotherapy, v. 37, p. 97-105, 2010.

FREUD, A. **The symptomatology of childhood**: a preliminary attempt at classification. Psychoanal Study Child, v. 25, p. 19-41, 1970. ISSN 0079-7308.

FUX, M. **Dança, Experiência de Vida**. São Paulo. Summus, 1983

GARVEY, M. A. et al. **Cerebral palsy: new approaches to therapy**. Curr Neurol Neurosci Rep, v. 7, n. 2, p. 147-55, Mar 2007. ISSN 1528-4042.

GARÇÃO, D. C. **Influencia da Dançaterapia na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral hemiparética espástica**. São Paulo: Journal Motricidade. 7: 3 p. 2011.

GHASSEMZADEH, H.; POSNER, M. I.; ROTHBART, M. K. **Contributions of hebb and vygotsky to an integrated science of mind**. J Hist Neurosci, v. 22, n. 3, p. 292-306, 2013. ISSN 1744-5213.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. JAMA, v. 272, n. 8, p. 619-26, 1994 Aug 24-31 1994. ISSN 0098-7484.

GLADIS, M. M. et al. **Quality of life: expanding the scope of clinical significance**. J Consult Clin Psychol, v. 67, n. 3, p. 320-31, Jun 1999. ISSN 0022-006X.

GRANIER, F. **Art-therapy**. Annales Médico-Psychologiques, v. 169, p. 680-684, 2011.

GREINER, C. **O corpo: Pistas para estudos indisciplinados**. - São Paulo; Annablume, 2005.

GREENWOOD, C. et al. **Why is there a modifying effect of gestational age on risk factors for cerebral palsy?** Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, v. 90, n. 2, p. F141-6, Mar 2005. ISSN 1359-2998.

GUIMARÃES, E. L.; SANTANA, J. M. **Aplicabilidade da Dança Terapêutica para Recuperação Funcional de Portadores de Distúrbios Percepto-Motores**. 2005. Fisioterapia, Faculdades Integradas Fafibe, São Paulo.

GUYATT, G. H.; KIRSHNER, B.; JAESCHKE, R. **A methodologic framework for health status measures: clarity or oversimplification?** J Clin Epidemiol, v. 45, n. 12, p. 1353-5, Dec 1992. ISSN 0895-4356.

HANNA, J. L. **The power of dance: health and healing**. J Altern Complement Med, v. 1, n. 4, p. 323-31, 1995. ISSN 1075-5535.

HANNA, S. E. et al. **Stability and decline in gross motor function among children and youth with cerebral palsy aged 2 to 21 years.** Dev Med Child Neurol, v. 51, n. 4, p. 295-302, Apr 2009. ISSN 1469-8749.

HAYNES, R. J.; SULLIVAN, E. **The Pediatric Orthopaedic Society of North America pediatric orthopaedic functional health questionnaire: an analysis of normals.** J Pediatr Orthop, v. 21, n. 5, p. 619-21, 2001 Sep-Oct 2001. ISSN 0271-6798.

HERSCHMANN, M.; **O Funk e o Hip-Hop invadem a cena.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

IPARDES- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, Caderno Estatístico de Curitiba, 2013.

JANG, S.H.; KIM, Y.H.; CHO, S.H.; LEE, J.H.; PARK, J.W.; KNOW, Y.H. Cortical reorganization induced by task-oriented training in chronic hemiplegic stroke patients. **NeuroReport**, v. 14, p.137-141, 2003.

JETTE, A. M.; CLEARY, P. D. **Functional disability assessment.** Phys Ther, v. 67, n. 12, p. 1854-9, Dec 1987. ISSN 0031-9023.

KALTSATOU, A.; MAMELETZI, D.; DOUKA, S. **Physical and psychological benefits of a 24-week traditional dance program in breast cancer survivors.** J Bodyw Mov Ther, v. 15, n. 2, p. 162-7, Apr 2011. ISSN 1532-9283.

KANG, L. J. et al. **Social participation of youths with cerebral palsy differed based on their self-perceived competence as a friend.** Child Care Health Dev, v. 38, n. 1, p. 117-27, Jan 2012. ISSN 1365-2214.

KATZ, S. et al. **Studies of illness in the aged. the index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function.** JAMA, v. 185, p. 914-9, Sep 1963. ISSN 0098-7484.

KERR, C. et al. **Energy efficiency in gait, activity, participation, and health status in children with cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol, v. 50, n. 3, p. 204-10, Mar 2008. ISSN 0012-1622.

KNOWLES, R. L. et al. **Patient-reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects.** Arch Dis Child, Jan 2014. ISSN 1468-2044.

KOCH, S. C.; FISCHMAN, D. **Embodied Enactive Dance/Movement Therapy**. American Dance Therapy Journal, v. 33, p. 57–72, 2011.

KOCH, S. C.; MORLINGHAUS, K.; FUCHS, T. **The joy dance. Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression**. The Arts in Psychotherapy, v. 34, p. 340–349, 2007.

KWON, D. G. et al. **Transcultural adaptation and validation of the Korean version of the Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI) in children and adolescents**. J Pediatr Orthop, v. 31, n. 1, p. 102-6, 2011 Jan-Feb 2011. ISSN 1539-2570.

LABAN, R. **Danza Educativa Moderna**. Paidós Técnicas y Leguajes Corporales. Buenos Aires. Macdonald & Evans Ltd. 1975

LABRONICI, R. H. et al. **[Sport as integration factor of the physically handicapped in our society]**. Arq Neuropsiquiatr, v. 58, n. 4, p. 1092-9, Dec 2000. ISSN 0004-282X.

LEE, K. M. et al. **Level of improvement determined by PODCI is related to parental satisfaction after single-event multilevel surgery in children with cerebral palsy**. J Pediatr Orthop, v. 30, n. 4, p. 396-402, Jun 2010. ISSN 1539-2570.

LEINIG, C. E. **A música e arte se encontram: Um estudo integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia**. Curitiba: 2008.

LIPTAK, G. S.; ACCARDO, P. J. **Health and social outcomes of children with cerebral palsy**. J Pediatr, v. 145, n. 2 Suppl, p. S36-41, Aug 2004. ISSN 0022-3476.

LIVINGSTON, M. H. et al. **Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us?** Dev Med Child Neurol, v. 49, n. 3, p. 225-31, Mar 2007. ISSN 0012-1622.

MAJNEMER, A. et al. **Determinants of life quality in school-age children with cerebral palsy**. J Pediatr, v. 151, n. 5, p. 470-5, 475.e1-3, Nov 2007. ISSN 1097-6833.

MCCARTHY, M. L. et al. **Comparing reliability and validity of pediatric instruments for measuring health and well-being of children with spastic cerebral palsy**. Dev Med Child Neurol, v. 44, n. 7, p. 468-76, Jul 2002. ISSN 0012-1622.

MCCORMICK, R. A. To save or let die. **The dilemma of modern medicine.** JAMA, v. 229, n. 2, p. 172-6, Jul 1974. ISSN 0098-7484.

MELLO, E. F. F.; TEIXEIRA, A. C. **A interação social descrita por vigotski e a sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias de rede.** ix anped sul 2012 Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012.

MSALL, M. E.; PARK, J. J. **Neurodevelopmental management strategies for children with cerebral palsy:** optimizing function, promoting participation, and supporting families. Clin Obstet Gynecol, v. 51, n. 4, p. 800-15, Dec 2008. ISSN 1532-5520.

MURPHY, N. et al. **Pediatric rehabilitation:** 2. Environmental factors affecting participation. PM R, v. 2, n. 3, p. S12-8, Mar 2010. ISSN 1934-1482.

MURROCK, C. J.; GRAOR, C. H. **The Effects of Dance on Depression, Physical Function, and Disability in Underserved Adults.** J Aging Phys Act, Aug 2013. ISSN 1543-267X.

NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. **The measurement of life satisfaction.** J Gerontol, v. 16, p. 134-43, Apr 1961. ISSN 0022-1422.

OLIVEIRA, L. et al. **Dança e o desenvolvimento motor de portadores de necessidades educativas especiais - PNEEs.** Revista Educação Especial, v. 20, 2002. ISSN 1984-686X.

PADILLA, G. V.; GRANT, M. M. **Quality of life as a cancer nursing outcome variable.** ANS Adv Nurs Sci, v. 8, n. 1, p. 45-60, Oct 1985. ISSN 0161-9268.

PALISANO, R. et al. **Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol, v. 39, n. 4, p. 214-23, Apr 1997. ISSN 0012-1622.

PALISANO, R. J. et al. **Determinants of intensity of participation in leisure and recreational activities by youth with cerebral palsy.** Arch Phys Med Rehabil, v. 92, n. 9, p. 1468-76, Sep 2011. ISSN 1532-821X.

PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. **Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life.** Med Care, v. 27, n. 3 Suppl, p. S217-32, Mar 1989. ISSN 0025-7079.

PENCHARZ, J. et al. **Comparison of three outcomes instruments in children.** J Pediatr Orthop, v. 21, n. 4, p. 425-32, 2001 Jul-Aug 2001. ISSN 0271-6798.

PERES, R. C. N. C. **O lúdico no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 14, n. 3, p. 37-49, 2004.

PIAGET, J. **The stages of the intellectual development of the child.** Bull Menninger Clin, v. 26, p. 120-8, May 1962. ISSN 0025-9284.

PINHEIRO, M. D. S. **Aspectos biopsicossociais da criança e do adolescente.** cedeca Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará 2012.

PRATT, R. R. **Art, dance, and music therapy.** Phys Med Rehabil Clin N Am, v. 15, n. 4, p. 827-41, vi-vii, Nov 2004. ISSN 1047-9651.

RICOTTI, L.; RAVASCHIO, A. **Break dance significantly increases static balance in 9 years-old soccer players.** Gait Posture, v. 33, n. 3, p. 462-5, Mar 2011. ISSN 1879-2219.

RITTER, E.; LOW, K. G. P. **Effects of dance/movement therapy: a meta-analysis.** The Arts in Psychotherapy, v. 22, n. 3, p. 249-260, 1996.

ROGOFF, B. et al. **Development through participation in sociocultural activity.** New Dir Child Dev, n. 67, p. 45-65, 1995. ISSN 0195-2269.

ROGOFF, B. et al. **Firsthand learning through intent participation.** Annu Rev Psychol, v. 54, p. 175-203, 2003. ISSN 0066-4308.

ROSENBAUM, P. **Cerebral palsy: what parents and doctors want to know.** BMJ, v. 326, n. 7396, p. 970-4, May 2003. ISSN 1756-1833.

ROSENBAUM, P. et al. **A report: the definition and classification of cerebral palsy** April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl, v. 109, p. 8-14, Feb 2007. ISSN 0419-0238.

ROSENBAUM, P. L. et al. **Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves.** JAMA, v. 288, n. 11, p. 1357-63, Sep 2002. ISSN 0098-7484.

SANTOS, M. C. D. A.; FRACISQUETTI, A. A. **A música clássica induz crianças com paralisia cerebral a expressar seus sentimentos por meio da atividade plástica.** Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral, v. 3, n. 8, p. 20-33, 2008.

SILVEIRA, R. A.; LEVANDOSKI, G., CARDOSO, F. L. Infantile dance as a means of expression. **Revista Digital**, Buenos Aires, Año 13, nº 121, Junio, 2008

SIMÕES DE ASSIS, T. R. et al. **Quality of life of children with cerebral palsy treated with botulinum toxin: are well-being measures appropriate?** Arq Neuropsiquiatr, v. 66, n. 3B, p. 652-8, Sep 2008. ISSN 1678-4227.

SIMÕES DE ASSIS, T. R. **Avaliação do impacto da utilização da toxina botulínica do tipo a na qualidade de vida de crianças e adolescentes com espasticidade.** 2003. 113 (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

SCHNEIDER, J. W. et al. **Health-related quality of life and functional outcome measures for children with cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol, v. 43, n. 9, p. 601-8, Sep 2001. ISSN 0012-1622.

SCHWANKE, L. H. **Arte Contemporânea em Questão.** 2007.

SHAW, A. **Defining the quality of life.** Hastings Cent Rep, v. 7, n. 5, p. 11, Oct 1977. ISSN 0093-0334.

SILVA, F.; CARVALHO, M. B. A.; neto, a. r. **Dança em cadeira de rodas e paralisia cerebral: estudo de caso da menina Laura.** conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, v. 7, n. 1, 2009. ISSN 1983-930.

SPITZER, W. O. **State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research.** J Chronic Dis, v. 40, n. 6, p. 465-71, 1987. ISSN 0021-9681.

STEWART, A. L.; HAYS, R. D.; WARE, J. E. **The MOS short-form general health survey.** Reliability and validity in a patient population. Med Care, v. 26, n. 7, p. 724-35, Jul 1988. ISSN 0025-7079.

STEWART, D. A. et al. **Social participation of adolescents with cerebral palsy: trade-offs and choices.** Phys Occup Ther Pediatr, v. 32, n. 2, p. 167-79, May 2012. ISSN 1541-3144.

TOBIN, S. S.; NEUGARTEN, B. L. **Life satisfaction and social interaction in the aging**. J Gerontol, v. 16, p. 344-6, Oct 1961. ISSN 0022-1422.

TSOI, W. S. et al. **Improving quality of life of children with cerebral palsy: a systematic review of clinical trials**. Child Care Health Dev, v. 38, n. 1, p. 21-31, Jan 2012. ISSN 1365-2214.

VIANNA, H. **O mundo funk carioca**, Rio de Janeiro: Zahar, 1998

VALDEVITE, N. et al. **Paralisia cerebral versus fisioterapia associado à dança**. Centro Universitário Barão de Mauá: USP Universidade de São Paulo 2007.

VARGUS-ADAMS, J. **Health-related quality of life in childhood cerebral palsy**. Arch Phys Med Rehabil, v. 86, n. 5, p. 940-5, May 2005. ISSN 0003-9993.

VITALE, M. G. et al. **Assessment of quality of life in adolescent patients with orthopaedic problems: are adult measures appropriate?** J Pediatr Orthop, v. 21, n. 5, p. 622-8, 2001 Sep-Oct 2001. ISSN 0271-6798.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, T. W. B. **World report on disability 2011**. São Paulo: 334 p. 2011.

ZAPP, C.O. **Avaliação da qualidade de vida e do perfil biopsicossocial e emocional de crianças e adolescentes com paralisia cerebral**. 41f. Monografia (Iniciação Científica) – Departamento de Pediatria, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

ZONTA, M. B. **Efeitos do tratamento da espasticidade com toxina botulínica do tipo a na função motora grossa de lactentes com paralisia cerebral forma hemiplégica**. 2009. 289 (Doutorado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

ZONTA, M. B. et al. **Effects of early spasticity treatment on children with hemiplegic cerebral palsy: a preliminary study**. Arq Neuropsiquiatr, v. 71, n. 7, p. 453-61, Jul 2013. ISSN 1678-4227.

ZONTA, M. B. et al. **Avaliação funcional na Paralisia Cerebral**. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria, v. 42, n.1, p.27-32, 2011. ISSN 0873-9781

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE REABILITAÇÃO EM
PEDIATRIA – IARRP



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Esserfeldt, 81- Alto da Glória - 80 060-270 - Curitiba - PR -
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6598 - E-mail: pgradped@huc.ufpr.br

1. Hoje é dia:
2. Qual é a data de nascimento da sua criança:
3. Número do registro geral HC da criança:
4. Número da carteira de identidade do responsável:

5. Em geral, você diria que a saúde da sua criança é: (Circule um número)	Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
	1	2	3	4	5

6. Comparando com um ano atrás , como você diria ser a saúde em geral de sua criança agora? (Circule um número)	Muito melhor que há um ano atrás	Um pouco melhor que há um ano atrás	Aproximadamente a mesma	Um pouco pior que há um ano atrás	Muito pior que há um ano atrás
	1	2	3	4	5

Alguma vez o médico, enfermeira, professor, ou outro profissional da saúde disse que a sua criança tinha algumas das seguintes doenças? (Por favor, circule "sim" para todas as queixas). Se sim, indique se sua criança tem sido tratada para esta condição e se apresenta limitações em consequência disto.

	A sua criança teve esta doença?	A sua criança recebe tratamento para isto agora?	As atividades dela estão limitadas por isto agora?
7. Artrite Juvenil (uma ou duas juntas).	Sim Não	Sim Não	Sim Não
8. Artrite Juvenil (várias juntas).	Sim Não	Sim Não	Sim Não
9. Anorexia ou bulimia (distúrbios alimentares)	Sim Não	Sim Não	Sim Não
10. Asma.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
11. Problemas de atenção e comportamento.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
12. Alergias crônicas, sinusite.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
13. Atraso no desenvolvimento.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
14. Retardo Mental.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
15. Diabetes.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
16. Epilepsia (crises convulsivas).	Sim Não	Sim Não	Sim Não
17. Diminuição na audição ou surdez	Sim Não	Sim Não	Sim Não
18. Problema do coração.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
19. Dificuldade no aprendizado.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
20. Alteração do sono.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
21. Dificuldade na fala.	Sim Não	Sim Não	Sim Não
22. Problemas na visão.	Sim Não	Sim Não	Sim Não



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Essfelder, 81- Alto da Glória - 80 060-270 - Curitiba - PR -
Fone (041) 264-9101 - 360-1600 - Ramal: 6698 - E-mail: pgradped@hc.ufpr.br

Alguns problemas podem tornar a realização de algumas atividades difícil, como comer, tomar banho, estudar e brincar com os amigos. Nós gostaríamos de saber como sua criança está se saindo em algumas atividades.

Durante a **última semana**, isto é fácil ou difícil para sua criança:

	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Não consegue fazer	É muito jovem para esta atividade
23. Levantar livros pesados?	1	2	3	4	5
24. Esvaziar metade do pacote de leite?	1	2	3	4	5
25. Abrir uma jarra que já tinha sido aberta antes?	1	2	3	4	5
26. Usar garfo e colher?	1	2	3	4	5
27. Pentear seu próprio cabelo?	1	2	3	4	5
28. Abotoar botões?	1	2	3	4	5
29. Colocar meias?	1	2	3	4	5
30. Escrever com lápis?	1	2	3	4	5

31. Em média, <u>nos últimos 12 meses</u> com que frequência sua criança faltou à escola (pré-escola, creche, etc.) por causa da saúde dela?	Raramente	Uma vez por mês	Duas a três vezes no mês	Uma vez na semana	Mais de uma vez na semana	Não freqüenta escola, etc.
	1	2	3	4	5	6

Durante **a última semana**, quão feliz tem estado sua criança:

	Muito feliz	Pouco feliz	Não tenho certeza	Pouco infeliz	Muito infeliz	Criança muito jovem
32. Com a sua aparência?	1	2	3	4	5	6
33. Com o seu corpo?	1	2	3	4	5	6
34. Com as roupas ou sapatos que usa?	1	2	3	4	5	6
35. Com a sua habilidade em fazer as mesmas coisas que seus amigos fazem?	1	2	3	4	5	6
36. Com relação a sua saúde em geral?	1	2	3	4	5	6



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Esserfeldt, 81- Alto da Glória- 80 060-270- Curitiba - PR -
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6598 - E-mail: pgradped@hc.ufpr.br

Durante a **última semana**, quanto tempo:

	A maior parte do tempo	Algum tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum tempo
37. Sua criança tem se sentido cansada ou doente?	1	2	3	4
38. Sua criança está cheia de energia e bom humor?	1	2	3	4
39. Dor ou desconforto interfere em suas atividades?	1	2	3	4

Durante a **última semana**, tem sido fácil ou difícil para sua criança:

	Fácil	Pouco difícil	Muito difícil	Não consegue fazer	Muito jovem para a atividade
40. Correr curtas distâncias?	1	2	3	4	5
41. Andar de bicicleta ou triciclo?	1	2	3	4	5
42. Subir três degraus?	1	2	3	4	5
43. Subir um degrau?	1	2	3	4	5
44. Caminhar mais de 15 quadras?		2	3	4	5
45. Caminhar três quadras?	1	2	3	4	5
46. Caminhar uma quadra?	1	2	3	4	5
47. Subir e descer do ônibus?	1	2	3	4	5

	Nunca	Às vezes	Metade do tempo	Freqüentemente	Todo o tempo
48. Quão freqüentemente sua criança precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar e subir escadas?	1	2	3	4	5

	Nunca	Às vezes	Metade do tempo	Freqüentemente	Todo o tempo
49. Quão freqüentemente sua criança precisa usar acessórios (como talas, muletas, ou cadeiras de rodas) para caminhar ou subir escadas?	1	2	3	4	5



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Esserfeldt, 81- Alto da Glória- 80 060-270- Curitiba - PR-
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6698 - E-mail: pgradped@hc.ufpr.br

Durante a **última semana** tem sido fácil ou difícil para sua criança:

	Fácil	Pouco difícil	Muito difícil	Não consegue fazer	Muito jovem para a atividade
50. Ficar em pé enquanto lava as mãos e rosto na pia?	1	2	3	4	5
51. Sentar numa cadeira comum sem segurar-se?	1	2	3	4	5
52. Sentar-se e levantar-se de cadeira ou vaso sanitário?	1	2	3	4	5
53. Deitar-se e levantar-se da cama?	1	2	3	4	5
54. Abrir a maçaneta da porta?	1	2	3	4	5
55. Abaixar-se da posição em pé e apanhar alguma coisa no chão?	1	2	3	4	5

	Nunca	Às vezes	Metade do tempo	Freqüentemente	Todo tempo
56. Quão freqüentemente sua criança precisa de ajuda para sentar ou levantar?	1	2	3	4	5
57. Com que freqüência sua criança usa acessórios (como talas, muletas, ou cadeiras de rodas) para sentar e levantar?	1	2	3	4	5

58. A sua criança pode participar de atividades recreativas fora de casa com outras crianças da mesma idade? (Por exemplo: andar de bicicleta, triciclo, skate, caminhadas)	Sim, facilmente	Sim, mas com alguma dificuldade	Sim, mas com muita dificuldade	Não
	1	2	3	4

Se você respondeu “não” para a Questão 58, sua criança apresenta limitação para a atividade por:
(Circule “sim” para todas as questões abaixo presentes.)

	Sim
59. Dor?	1
60. Saúde em geral?	1
61. Instruções do médico ou pais?	1
62. Medo de que as outras crianças não gostem dela?	1
63. Não gosta de atividades recreativas fora de casa?	1
64. Muito jovem?	1
65. Atividade não é possível?	1



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Essfelder, 81- Alto da Glória - 80 060-270 - Curitiba - PR -
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6698 - E-mail: pgradped@hc.utfpr.br

66. A sua criança consegue participar de jogos interativos e esportes com outras crianças da mesma idade? (Por exemplo: pega-pega, queimada, basquete, futebol, pular corda, amarelinha)	Sim, facilmente.	Sim, com alguma dificuldade	Sim, com muita dificuldade	Não
	1	2	3	4

Se você respondeu “não” para a Questão 66, a sua criança apresenta limitação para a atividade por: (Circule “sim” para todas as verdadeiras.)

	Sim
67. Dor?	1
68. Saúde em geral?	1
69. Instruções do médico ou pais?	1
70. Medo de que as outras crianças não gostem dela?	1
71. Não gosta de jogos e esportes?	1
72. Muito jovem?	1
73. Atividade não é possível?	1

74. A sua criança consegue participar de esportes de competição com outras crianças da mesma idade? (Por ex.: futebol, voleibol, natação, corrida, ginástica e dança.)	Sim, facilmente	Sim, com alguma dificuldade	Sim, com muita dificuldade	Não
	1	2	3	4

Se você respondeu “não” para a Questão 74, a sua criança apresenta sua participação limitada por: (Circule “sim” para todas as presentes.)

	Sim
75. Dor?	1
76. Saúde em geral?	1
77. Instruções do médico ou pais?	1
78. Medo de que outras crianças não gostem dela?	1
79. Não gosta de esportes competitivos?	1
80. Muito jovem?	1
81. Atividade não é possível?	1



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Essener, 81- Alto da Glória - 80 060-270 - Curitiba - PR -
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6698 - E-mail: pgradped@hc.ufpr.br

82. Com que frequência na última semana sua criança se reuniu com amigos para fazer atividades?	Freqüentemente	Às vezes	Nunca ou Raramente
	1	2	3

Se você respondeu nunca, raramente ou às vezes para a Questão 82, sua criança apresenta limitação para a atividade por: (Circule "sim" para todas as presentes.)

	Sim
83. Dor?	1
84. Saúde em geral?	1
85. Instruções do médico ou pais?	1
86. Medo de que as outras crianças não gostem dela?	1
87. Não tem amigo próximo?	1

88. Com que frequência na última semana sua criança participou de atividades físicas ?	Freqüente-mente	Às vezes	Nunca ou raramente	Não houve atividade física
	1	2	3	4

Se você respondeu nunca, raramente ou às vezes para a Questão 88, sua criança teve sua atividade limitada por: (Circule "sim" para todas as presentes.)

	Sim
89. Dor?	1
90. Saúde em geral?	1
91. Instruções do médico ou pais?	1
92. Medo de que as outras crianças não gostem dela?	1
93. Não gosta de atividades físicas?	1
94. Escola não é possível?	1
95. Não está freqüentando a escola?	1

96. É fácil ou difícil para sua criança fazer amizade com crianças da mesma idade?	Usualmente fácil	Às vezes fácil	Às vezes difícil	Usualmente difícil
	1	2	3	4

97. Quanta dor sua criança teve durante a última semana ?	Nenhuma	Muito leve	Discreta	Moderada	Importante	Muito importante
	1	2	3	4	5	6



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

Rua: Floriano Essfelder, 81- Alto da Glória - 80 060-270 - Curitiba - PR -
Fone(041)264-9101 - 360-1800 - Ramal: 6598 - E-mail: pgradped@hc.ufpr.br

98. Durante a <u>última semana</u> , quanto à dor interferiu nas atividades normais de sua criança (incluindo em casa, fora de casa e na escola)?	Nada	Pouco	Modera- damente	Bastante	Extrema- mente
	1	2	3	4	5

Quais as expectativas que você tem sobre o tratamento de sua criança?

Como resultado do tratamento eu espero para minha criança:

	Com certeza sim	Provavel- mente sim	Não tenho certeza	Provavel- mente não	Com certeza não
99. Alívio da dor.	1	2	3	4	5
100. Estar com melhor aparência.	1	2	3	4	5
101. Sentir-se melhor a respeito de si.	1	2	3	4	5
102. Ser capaz de dormir mais confortavelmente.	1	2	3	4	5
103. Ser capaz de fazer atividades em casa.	1	2	3	4	5
104. Ser capaz de render mais na escola.	1	2	3	4	5
105. Ser capaz de participar mais de jogos e atividades recreativas (bichete, caminhada, fazer coisas com os amigos).	1	2	3	4	5
106. Ser capaz de fazer mais atividades esportivas.	1	2	3	4	5
107. Livrar-se de dor ou incapacidade quando for adulto.	1	2	3	4	5

108. Se sua criança passar o resto da vida na mesma condição óssea e muscular, como está no momento , como você se sentiria a respeito disto?	Muito satisfeito	Pouco satisfeito	Neutro	Pouco insatisfeito	Muito insatisfeito
	1	2	3	4	5

Adaptado de Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI) da Sociedade Norte Americana de Ortopedia Pediátrica por **Lúcia H. Coutinho dos Santos** e **Edilson Fortin**, Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da UFPR.

ANEXO 2
CHILD BEHAVIOR CHECK LIST



Departamento de Pediatria
Centro de Neuropediatria - CENEP

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18 – CBCL

INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS

ID: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

Idade _____	Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Raça _____	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não esteja trabalhando no momento. (Especifique, por favor – por exemplo: mecânico de automóveis, professora de ensino secundário, doméstica, operário, vendedor, vigilante)
Escolaridade _____ série	Data de hoje: Dia _____ Mês _____ Ano _____ Data de nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____ Por favor responda a este formulário de acordo com o modo como você vê o comportamento da criança mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2.	Tipo de trabalho do pai: _____ Tipo de trabalho da mãe: _____ Formulário preenchido por: (nome completo) _____ Seu sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino Sua relação com a criança: <input type="checkbox"/> mãe/pai biológico <input type="checkbox"/> padrasto/madrasta <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> mãe / pai adotivo <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> outro(especifique) _____	
Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>			

I. Por favor enumere os esportes que seu filho mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinação, skate, andar de bicicleta, etc.

☐ nenhum

a) _____
b) _____
c) _____

Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?

Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?

Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho que não sejam esportes. Por exemplo: selos, bonecas, livros, trabalhos manuais, cantar, etc. (não inclua ouvir rádio, ou ver televisão).

☐ nenhum

a) _____
b) _____
c) _____

Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?

Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?

Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos a que seu filho (a) pertença.

☐ nenhum

a) _____
b) _____
c) _____

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?

Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Por favor enumere quaisquer empregos e tarefas de seu filho(a). Por exemplo: lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (inclui tanto trabalhos pagos como não pagos)

☐ nenhum

a) _____
b) _____
c) _____

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?

Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos (as) amigos(as) íntimos(as)? ☐ nenhum ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou mais
(não inclua irmãos e irmãs)

2. O seu filho (a) tem atividade com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana?
(não inclua irmãos e irmãs) ☐ Menos que 1 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto:

	Pior	Próximo(a) da média	Melhor	
a) Consegue relacionar-se adequadamente com os seus/suas irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
b) Consegue relacionar-se adequadamente com as outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue divertir-se e trabalhar sozinho (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho em disciplinas escolares:

Não frequenta a escola pois _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias - por exemplo: computação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
língua estrangeira. Não inclua educação física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
educação no trânsito, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial? ☐ Não ☐ Sim - que tipo de escola ou classe

3. O seu filho (a) repetiu algum ano? ☐ Não ☐ Sim – Qual e porque?

4. O seu filho (a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro? ☐ Não ☐ Sim – Descreva-o, por favor:

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? ☐ Não ☐ Sim – Quando?

O seu filho (a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental? ☐ Não ☐ Sim – Descreva-o, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho ou filha:

Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do **1** se a afirmação é **algumas vezes verdadeira** em relação ao seu filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do **0**. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho(a).

0= NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1= ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2= FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	1. Age de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má
0 1 2	2. Ingere bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva)	0 1 2	32. Acha que deve ser perfeito (a)
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele (a)
0 1 2	4. Não termina o que começou	0 1 2	34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	5. Há poucas coisas que o (a) diverte	0 1 2	35. Sente-se pior que os outros
0 1 2	6. Faz suas necessidades fora do banheiro	0 1 2	36. Tem tendência a cair muito
0 1 2	7. É convencido(a) gaba-se de si mesmo	0 1 2	37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo	0 1 2	38. As pessoas riem dele
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva-as)	0 1 2	39. Anda com crianças que se metem em brigas
0 1 2	10. Não consegue ficar sentado (a), é irrequieto (a) ou hiperativo (a)	0 1 2	40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-os)
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	41. É impulsivo, ou age sem pensar
0 1 2	12. Reclama de estar muito sozinho (a)	0 1 2	42. Gosta de estar sozinho (a)
0 1 2	13. Fica confuso (a) ou parece ficar sem saber onde está	0 1 2	43. Mentalmente
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	44. Rói unhas
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	45. É nervoso (a), muito excitado (a) ou tenso (a)
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros	0 1 2	46. Tem movimentos nervosos/tiques (descreva-os)
0 1 2	17. Sonha acordado (a) ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	18. Já tentou se suicidar	0 1 2	48. As outras crianças não gostam dele (a)
0 1 2	19. Requer muita atenção	0 1 2	49. Tem prisão de ventre
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2	50. Tem medo de tudo
0 1 2	21. Destroí objetos de sua família ou de outras crianças	0 1 2	51. Sente tonturas
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	52. Sente-se muito culpado
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	53. Come muito
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2	54. Cansa-se muito
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças	0 1 2	55. Tem peso excessivo
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado (a) depois de se comportar mal		56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade	0 1 2	a) Sofrimentos ou dores
0 1 2	28. Quebra as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0 1 2	b) Dores de cabeça
0 1 2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os)	0 1 2	c) Enjôo
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola	0 1 2	d) Problemas com os olhos (descreva-os)
		0 1 2	e) Problemas de pele
		0 1 2	f) Dores de estômago ou cólicas
		0 1 2	g) Vômitos
		0 1 2	h) Outros (descreva-os):

Por favor, certifique-se que respondeu todos os itens

0= NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1= ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2= FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os)
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-as)	0 1 2	85. Tem idéias estranhas (descreva-as)
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2	86. É teimoso (a), mal humorado (a) ou irritado
0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	87. Muda de humor repentinamente (alegre/triste)
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares estão fracos	0 1 2	88. Se aborrece com facilidade
0 1 2	62. É desastrado (a) ou tem falta de coordenação	0 1 2	89. É desconfiado (a)
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	90. Fala palavrões
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	0 1 2	93. Fala muito
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Perturba os outros frequentemente
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado
0 1 2	69. É reservado (a) e guarda as coisas para si mesmo (a)	0 1 2	96. Pensa muito em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as)	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado (a)	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Provoca incêndios	0 1 2	99. Fuma, mastiga ou cheira tabaco
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva-os)	0 1 2	100. Tem problemas para dormir (descreva-os)
0 1 2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	0 1 2	101. Falta à escola sem necessidade("mata aula")
0 1 2	75. É tímido (a), ou envergonhado (a)	0 1 2	102. É pouco ativo (a), move-se com lentidão, tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva)	0 1 2	104. Fala muito alto
0 1 2	78. Desatento ou distrai-se facilmente	0 1 2	105. Usa drogas sem ser para fins medicinais (descreva-as)
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os)	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica de olhar parado	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	109. Anda sempre a choramingar
0 1 2	83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as)	0 1 2	110. Deseja ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros
		0 1 2	112. Preocupa-se muito
		0 1 2	113. Por favor, escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima:
		0 1 2	
		0 1 2	
		0 1 2	

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU TODAS AS QUESTÕES

ANEXO 3
LOGO GUERREIROS DO HIP HOP



ANEXO 4
APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS



Curitiba, 30 de março de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Joseana Wendling Withers
Lúcia Helena Coutinho dos Santos
Neste

Prezadas Pesquisadoras:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “EFEITO DA DANÇA NO QUADRIL FIXO NA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL”, foi analisado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 23 de fevereiro de 2010. Após atendimento das mesmas, foi considerado aprovado em 30 de março de 2010. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0035.0.208.000-10
Registro CEP: 2145.040/2010-02

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 30 de setembro de 2010.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato", with a long horizontal stroke extending to the left.

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

ANEXO 5
REGISTRO NO BANCO DE PESQUISA



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Sistema de Banco de Pesquisas

04-FEV-2010 09:54:53

Número da Pesquisa **2010024196**

Nome do Pesquisador

LUCIA HELENA COUTINHO DOS SANTOS

Local da Pesquisa

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Área do Conhecimento

40101088 Pediatria

Tipo do Projeto

Pesquisa

Data de Início

04/02/2010

Data da aprovação no Depto

21/01/2010

Nome do Orientador

LUCIA HELENA COUTINHO DOS SANTOS

Fase atual da pesquisa

Projeto Novo

Horas semanais dedicadas

1

Data de inclusão no sistema

04/02/2010

Título

O efeito da dança no quadril fixo da criança e adolescente com paralisia cerebral

Ementa

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o efeito da modalidade de dança hip hop na dissociação de cinturas na marcha de 18 crianças e adolescentes com PC, com faixa etária entre 5 e 19 anos, as quais apresentam quadril fixo.

Equipe de Colaboradores

JOSEANA WENDLING WITHERS

AMANCIO RAMALHO JUNIOR

LARISSA BITTAR NEVES TEIXEIRA

ANEXO 6
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O EFEITO DA DANÇA NO QUADRIL FIXO NA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL

Investigador: Joseana Wendling Withers

Local da Pesquisa: Cenep – Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas

Endereço e telefone (celular): Rua Floriano Essenfelder, 81 – Alto da Glória – 80060-270-Curitiba PR. Telefones: (41)3264-9101; (41) 9219-1215

PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

O (a) paciente do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para que ele(a) possa participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para a participação do (a) paciente no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira a participação. Você só deve permitir a participação do (a) paciente no estudo se você quiser. Você pode recusar a participação ou retirar o (a) paciente deste estudo a qualquer momento.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma desordem motora, causada por uma alteração persistente na postura e no tônus muscular, resultante de uma lesão não progressiva no cérebro imaturo. A primeira característica da PC é o impedimento da eficiência da marcha, em virtude da restrição de movimentos provocada pelo aumento da espasticidade, causa mais frequente da incapacidade funcional nas crianças e jovens. Uma das opções terapêuticas utilizadas com essa população para a evolução da marcha é a dança, especificamente a que se constitui do ritmo musical da modalidade *Hip Hop*, como elemento estimulador para a execução dos movimentos corporais aperfeiçoados, com base no apuro técnico que caracteriza essa composição rítmica. Serão utilizados a análise de laboratório de marcha e questionários internacionalmente validados que avaliam a qualidade de vida e o perfil emocional e biopsicossocial, para investigar se o recurso proposto pode contribuir para que o grupo obtenha maior e melhor dissociação entre as cinturas escapular e pélvica, o que proporcionará o aumento da capacidade de movimentação global, incluindo a marcha e a consequente melhora na qualidade de vida e nos aspectos biopsicossociais desses indivíduos.

PROPÓSITO DO ESTUDO

O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito da Dança, modalidade Hip Hop, na marcha das crianças e adolescentes com paralisia cerebral, bem como o impacto desse efeito na qualidade de vida desses indivíduos. Com esta avaliação, a equipe multidisciplinar que assiste a população com Paralisia Cerebral poderá utilizar critérios seguros para indicações terapêuticas mais adequadas e consequentemente um maior número de crianças poderão se beneficiar de métodos eficientes para a reabilitação neurológica.

SELEÇÃO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Faixa etária entre 5 e 18, ter Paralisia Cerebral, apresentar bom cognitivo, ausência de dissociação de cinturas (escapular e pélvica), deambulação comunitária.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Faixa etária menor que 5 anos e maior que 18 anos, não ter Paralisia cerebral, apresentar comprometimento cognitivo e dissociação de cinturas (escapular e pélvica), não ser deambulador comunitário, não apresentar diagnóstico de espasticidade por lesão encefálica.

PROCEDIMENTOS

Para a participação do (a) paciente nesta pesquisa será necessário a realização de 3 procedimentos metodológicos:

1. A criança ou adolescente com Paralisia Cerebral, sob sua responsabilidade, encaminhada do Cenep, deverá frequentar as aulas de dança semanais, que ocorrerão em grupo, ministradas por fisioterapeuta, aos sábados de manhã, durante 2 horas, por um período de no mínimo seis meses;
2. O (a) paciente será submetida à filmagens para análise da marcha. Para esta filmagem será solicitado que as meninas estejam trajadas com vestuário próprio de banho, duas peças, e os meninos com sunga. Serão colocados pequenos marcadores de isopor em algumas articulações para que seja a possível a análise da marcha. Deverão realizar uma caminhada percorrendo uma pista de 10 metros, previamente demarcada, até que as imagens captadas por duas câmeras digitais (uma frontal e outra lateral) estejam adequadas para o estudo. A filmagem respeitará a privacidade do participante, tanto na exibição da imagem no momento de análise, quanto no momento da coleta, permitindo o acompanhamento do responsável neste momento;
3. Você deverá responder a dois questionários, também utilizados em outras instituições, internacionalmente, os quais retratam as condições de vida das crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, sob sua responsabilidade.

A filmagem e o preenchimento dos questionários serão realizados no início do período de seis meses de atividade com a dança e repetidos ao final deste. Portanto haverá duas coletas.

Os participantes se beneficiarão da prática da atividade estudada, a qual será ministrada por fisioterapeuta qualificada, com experiência em reabilitação motora, a qual se precaverá com a providência de todos os recursos necessários para o melhor aproveitamento da modalidade, excluindo qualquer risco de prejuízo para a população estudada e capaz de administrar os procedimentos adequados diante de qualquer intercorrência durante as aulas de dança como dor, desconforto, fadiga muscular e insegurança diante dos movimentos propostos. Além dos benefícios físicos, a prática em grupo permitirá um contato social saudável.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em permitir a participação do (a) paciente neste estudo é voluntária. Você pode decidir não permitir a participação do (a) paciente no estudo. Uma vez que você decidiu aceitar o convite, você pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Se você decidir não continuar e retirar a participação do (a) paciente no estudo, você não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual você e o (a) paciente tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

A participação é voluntária, portanto você não será pago pela participação do (a) paciente neste estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pelo estudo e equipe irão coletar informações sobre o (a) paciente. Em todos esses registros um código substituirá o seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, a identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com o responsável pelo estudo.

CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe, Joseana Wendling Withers / Dra. Lúcia Helena Coutinho dos Santos. Telefones: (41) 9219-1215, (41) 3264-9101. Se você tiver dúvidas sobre os direitos do (a) participante como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos

e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper a participação do (a) paciente sob minha responsabilidade a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

NOME DO PACIENTE

ASSINATURA

DATA

NOME DO RESPONSÁVEL
(Se menor ou incapacitado)

ASSINATURA

DATA

NOME DO INVESTIGADOR
(Joseana Wendling Withers)

ASSINATURA

DATA

ANEXO 7
CONVITE DO ESPETÁCULO “ONDE ESTÁ O AMOR?”

ONDE ESTÁ O AMOR?

Crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, inseridas no Programa de Extensão da UFPR "Semeando Inclusão Social", deixam-se encantar pelo ritmo do HIP HOP no projeto Música e Movimento!

Demonstrando a incrível arte da superação, por meio de movimentos cheios de expressão e energia, preparam coreografias e convidam o público para esse sensível e animado questionamento!

ONDE?

Teatro Londrina

Memorial de Curitiba - Largo da Ordem

QUANDO?

05/11/2008 - 19:00

QUANTO?

01 brinquedo

Coordenadora do Programa/Projeto:

Profª Drª Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Vice-Coordenadora do Projeto:

Fisioterapeuta Joseana Wendling Withers

Contatos: CENEP (41) 3064-3101

ADACOM (41) 3392-3606 / 3642-9978

Apoio:



ANEXO 8
PROGRAMAÇÃO DO ESPETÁCULO “ONDE ESTÁ O AMOR?”

Crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral, inseridas no Programa de Extensão da UFPR "Semeando Inclusão Social", deixam-se encantar pelo ritmo do HIP HOP no projeto Música e Movimento!

Demonstrando a incrível arte da superação, nos convidam para esse sensível e animado questionamento:

ONDE ESTÁ O AMOR?

1ª parte: Exibição de vídeo institucional.

2ª parte: Guerreiros do Hip Hop

1. Coreografia: "Expressão"
TURMA 1

2. Coreografia: "Confiança"
TURMA 2

3. Coreografia: "Atitude"
TURMA 1

4. Coreografia: "Alegria"
TURMA 3

5. Coreografia: "Interação"
TURMA 2

6. Coreografia: "União"
TURMA 1

7. Coreografia: "Harmonia"
TURMAS 1 E 2

8. Encerramento:
Coreografia "Onde está o amor?"
TODAS AS TURMAS.

APRESENTANDO

Turma 1

ANA CAROLINA GABARDO CHÃ CHÃ
ANDRESSA CORTINAR PERLE
BEATRIZ MIRANDA DE SOUZA
FANSCEILLY ALVES OLIVEIRA VIEIRA
FRANSCEILLY SALAZARIO DA SILVA
GRAZIELE SOUZA DA SILVA
JUCILIANE CARDOSO DE PAULA
JULIANA BARBOZA DA SILVA
LAÍS MIKRUTE AMARAL
THAÍS LACERDA MARINHO SOUZA

Turma 2

GUSTAVO PEREIRA ORTEGA DE JESUS
JOÃO PEDRO CORDEIRO
LUCAS ROCHA RODOVANSKI
PEDRO PAULO TEMISTOCLE
VICTOR DE SOUZA COBALCHINI

Turma 3

APARECIDO GOMES DA SILVA JÚNIOR
DÉBORA REGINA GOUVEIA
EDUARDO HENRIQUE MORAES COUTINHO
JAQUELINE PEREIRA RAMOS
LUCAS VALÉRIO FURTADO

Coordenadora do Programa/Projeto:

Profa Drª Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Vice-Coordenadora do Projeto:

Fisioterapeuta Joseana Wendling Withers

Coreografia: Joseana Wendling Withers

Narração: Rodrigo Telles

Edição de Imagens: Ana Claudia Rodovanski

Captação de imagens: Robia Ribeiro, Marcelly Baka

Designer: Juliane Cavalli, Vanessa Rocha

Edição musical: Ricardo Machuca

Iluminação e sonoplastia: Eliseu de Souza

Assistência de palco: Joyce Gonçalves

"Não podemos dirigir o vento, mas podemos ajustar as velas."
(Anônimo)

ONDE?

Teatro Londrina

Memorial de Curitiba - Largo da Ordem

QUANDO?

05/ 11/ 2008 - 19:00

Vanessa Rocha (41) 8828-0184

Bom Jesus
uma lição de vida



ALLERGAN
Toxina Botulínica Tipo A
Complexo de Neurotoxina Purificada



Apoio:



ONDE ESTÁ O AMOR?